

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DAS ESTRATÉGIAS DE
COPING NO STRESS DOS CUIDADORES INFORMAIS DE
IDOSOS

Raquel Corceiro Cepeda Granjo

11416

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DAS ESTRATÉGIAS DE COPING NO STRESS
DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

Raquel Corceiro Cepeda Granjo

Dissertação orientada por Prof. Doutor Nuno Torres

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Nuno Torres, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação seguisse em frente. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero e eterno.

Ao Prof. Doutor Nuno Torres pela fantástica orientação prestada e pela sua disponibilidade irrestrita.

Aos meus pais e irmão, por terem sido os primeiros a incentivar-me na realização desta tese de mestrado.

A um grupo de amigos muito especial pelo encorajamento para prosseguir na execução desta tese e por me fazerem sentir especial durante este percurso.

À Ana Soares e Catarina Nogueira pela compreensão e abdicação do parco tempo que temos de convívio, em prol da realização deste trabalho.

Ao Nuno Abreu pelas palavras de confiança, pelo orgulho que me transmite e pelo enorme apoio e ajuda prestada.

À “Guida”, Margarida e a Ana Teresa Pedro pela companhia nas longas noites de trabalho e por me explicarem e corrigirem os pequenos incidentes do *Microsoft Word*.

À “Ba”, Bárbara Ramos pelo contínuo incentivo e companheirismo nesta aventura.

À Oriana Almeida, pela constante motivação, pelas palavras amigas nos momentos mais difíceis, pela sua disponibilidade em ajudar, por toda a informação prestada sobre stress e pela enorme ajuda na análise de dados estatísticos.

À Márcia Inácio, Laura Miquelino e Cláudia Marques pela disponibilidade na recolha da amostra.

À Marieta Palma pelo incansável auxílio na recolha da amostra e por querer ajudar sempre mais e mais na elaboração deste trabalho.

Aos participantes desta amostra que se dispuseram a responder aos questionários.

Resumo

Pretendeu-se estudar a influência do Suporte Social e das Estratégias de *Coping* no Stress dos cuidadores Informais de Idosos. Este trabalho é de carácter exploratório quantitativo e correlacional. A amostra foi constituída por 100 sujeitos, cuidadores informais de idosos (amostragem de conveniência), e com idades compreendidas entre os 22 e 84 anos ($M= 49$). Foram utilizados os questionários *Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit* (Taub, A. et al, 2004), a *Escala de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman* (Savoia, M.G. 1999) e a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (Ribeiro, J.P.,1999).Verificou-se uma relação positiva entre as variáveis, estratégias de coping e a sobrecarga (stress), e uma relação negativa entre a sobrecarga e a variável satisfação com o suporte social.

Palavras-chave: cuidadores informais de idosos, satisfação com o suporte social, estratégias de coping, stress.

Abstract

The aim was to study the influence of Social Support and Coping Strategies in Stress, of informal caregivers to elderly people. This work is of exploratory nature, quantitative and correlational. The sample included 100 informal caregivers of elderly people (convenience sampling), with ages ranging from 22 to 84 years ($M = 49$). The questionnaires applied were: *Zarit Burden Interview* (Taub, A. et al, 2004), *Ways of coping questionnaire of Lazarus and Folkman* (Savoia, MG 1999) and *Satisfaction with Social Support Scale* (Ribeiro, J.P.,1999). There was a positive relation between variables, burden (stress) and coping strategies, and a negative relation between burden and the satisfaction with social support.

Key-words: informal caregivers of elderly people, satisfaction with social support, coping strategies, stress.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS	3
III. STRESS	6
IV. COPING	11
Modelos de coping	12
Estilos de coping.....	14
Estratégias de coping.....	15
Sub-Escalas de coping	16
V. SUPORTE SOCIAL	17
Componentes e dimensões do suporte social	18
Funções do suporte social.....	19
Satisfação com o suporte social.....	20
Suporte social ao longo da vida.....	21
VI. OBJECTIVOS DO ESTUDO	23
VII. MÉTODO.....	25
Participantes	25
Materiais	27
Instrumentos de medida.....	28
Procedimentos	32
VIII. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	34
Stressores e Sobrecarga.....	34
Estratégias de coping e Sobrecarga.....	35

Suporte Social e e Sobrecarga.....	36
Stressores e Estratégias de coping.....	36
Stressores e Satisfação com o suporte Social.....	37
Stressores, Estratégias de coping e Sobrecarga.....	38
Stressores, Satisfação com o suporte social e Sobrecarga.....	40
Estratégias de coping, satisfação com o suporte social e sobrecarga.....	41
 IX. DISCUSSÃO.....	 45
 X. REFERÊNCIAS.....	 49
 XI. ANEXOS.....	 54
Anexo A: Ficha de caracterização Sócio-Demográfica.....	55
Anexo B: Inventário da Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit.....	56
Anexo C: Questionário de Estratégias de <i>Coping</i> de Lazarus e Folkman.....	58
Anexo D: Escala de Satisfação com o Suporte Social de Ribeiro.....	60
Anexo E: Análise factorial da sobrecarga a 1 factor.....	61
Anexo F: Consistência Interna do Inventário da Sobrecarga do cuidador informal Zarit.....	64
Anexo G: Consistência Interna das Sub-escalas Estratégias de Coping.....	65
Anexo H: Consistência Interna da escala total das Estratégias de Coping.....	73
Anexo I: Consistência Interna das várias dimensões da escala de satisfação com o Suporte Social.....	75
Anexo J: Consistência Interna da escala total da satisfação com o Suporte Social.....	77
Anexo K: Correlação entre Stressores e Sobrecarga	78
Anexo L: Características das estratégias de coping	79
Anexo M: Correlação entre estratégias de coping e Sobrecarga	80
Anexo N: Características da Satisfação com o suporte social	82
Anexo O: Correlação entre Satisfação com o suporte social e Sobrecarga	83
Anexo P: Regressão linear múltipla de stressores, estratégias de coping e sobrecarga	84

Anexo Q: Regressão linear múltipla de stressores, satisfação com o suporte social e sobrecarga	87
Anexo R: Regressão linear múltipla de estratégias de coping, satisfação com o suporte social e sobrecarga	89
Anexo S: Correlação entre satisfação com o suporte social total e estratégias de coping total.....	91

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Resumo das relações dos resultados obtidos.....	44
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Descrição das perguntas da Sobrecarga Geral a partir da análise factorial a um factor.....	29
QUADRO 2: Descrição das Sub- Escalas de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman.....	30
QUADRO 3: Descrição da Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização Sócio-Demográfica da amostra.....	26
TABELA 2: Correlação entre os stressores e a sobrecarga.....	34
TABELA 3: Correlação entre as estratégias de coping e a sobrecarga dos Cuidadores informais de idosos.....	35
TABELA 4: Correlação entre as várias dimensões da satisfação com o suporte social e a sobrecarga.....	36
TABELA 5: Correlação entre os stressores e as estratégias de coping.....	37
TABELA 6: Correlação entre os stressores e a satisfação com o suporte social.....	37
TABELA 7: Sumário do Modelo de Regressão para os stressores, estratégias de coping e sobrecarga.....	38
TABELA 8: Anova da regressão da sobrecarga entre stressores e estratégias de coping.....	39
TABELA 9: Coeficientes em relação à sobrecarga entre stressores e estratégias de coping.....	39

TABELA 10: Sumário do Modelo de Regressão para os stressores, satisfação com o suporte social e sobrecarga.....	40
TABELA 11: Anova da regressão da sobrecarga entre stressores e satisfação com o suporte social	40
TABELA 12: Coeficientes em relação à sobrecarga entre satisfação com o suporte social e stressores.....	41
TABELA 13: Sumário do Modelo de Regressão para satisfação com o suporte social, estratégias de coping na sobrecarga.....	42
TABELA 14: Anova da regressão da sobrecarga entre a satisfação com o suporte social e estratégias de coping.....	43
TABELA 15: Coeficientes em relação à sobrecarga para a satisfação com o suporte social, estratégias de coping.....	43

I- Introdução

A partir da II Guerra Mundial verificou-se um aumento significativo da esperança média de vida, o que levou ao envelhecimento da população (Birren & Schroots, 2001 cit por Fonseca). Segundo Papalia & Olds, a expressão “envelhecimento” (*aging*) não é caracterizada por um acontecimento desenvolvimental, traduzindo-a como “idade adulta tardia”, dos 65 anos em diante, mas sim um processo de envelhecimento que implica uma adaptação às mudanças na vida quotidiana (cit. por Berger, L.& Mailloux-Poirier, D. 1995).

Enquanto que alguns idosos se mostram resistentes ao envelhecimento, chegando mesmo a mostrar melhor desempenho com a idade, outros declinam ao sofrerem um processo patológico (Fontaine, 2000).

Com o aumento progressivo da população idosa, a exigência de cuidados a longo prazo não pára de crescer, requerendo a médio ou longo prazo, suporte social e familiar, o que também se reflecte no aumento do stress do cuidador. Assim, no mundo específico dos cuidadores de idosos a sobrecarga¹ pode trazer repercussões graves para o bem-estar destes (Fontaine, 2000).

Sherif, & Sherif, afirmam que o Stress altera o comportamento das pessoas perante as outras. As pessoas podem tornar-se menos sociáveis ou adquirir uma postura mais hostil e insensível perante outros indivíduos (cit. por Serafino 1994).

A forma como alguém vive o stress não depende unicamente das estratégias individuais de “coping” utilizadas, mas igualmente de outros recursos de que o indivíduo dispõe, tais como a experiência, as características da sua personalidade, a capacidade económica ou a possibilidade de receber apoio por parte da rede social onde está inserido (Vaz Serra, 1999).

A capacidade de coping do cuidador e o apoio social recebido, são considerados factores que amortecem as consequências do cuidado. De entre os recursos sociais do cuidador, o suporte social é visto como um mediador do efeito do stress no bem-estar (Pearlim, Mullan, Semple & Skaff, 1990 cit. por Lage 2005). Para Myrra, (1996 cit. por Lage 2005) os resultados são contraditórios, não se sabe em que medida o suporte social traz benefícios para o cuidador.

Sobrecarga¹ - O termo sobrecarga, *Burden*, é caracterizado pelo impacto negativo na tarefa de cuidar prestada pelo cuidador. Na literatura corrente é associado ao stress.

Segundo Cerqueira, Figueiredo & Sousa (2004), o papel da satisfação com o Suporte Social na redução do stress do prestador de cuidados informais ainda é um campo pouco explorado, apenas há a certeza que as estratégias de superação de stress são bem sucedidas.

Este estudo procura compreender em que medida os factores, Satisfação com o Suporte Social e Estratégias de *Coping* influenciam o Stress dos Cuidadores Informais de Idosos. Neste sentido aplicaram-se três questionários, o primeiro é denominado por Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit que avalia o grau de sobrecarga de Stress do prestador de cuidados informais ao idoso; o segundo é a Escala de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman com o objectivo de verificar a frequência de respostas em função do indutor de stress e a terceira escala tem como intuito avaliar o Suporte Social através da Escala de Satisfação com o Suporte Social.

II – Cuidadores Informais de Idosos

O conceito de cuidador define-se numa relação, ou seja, a sua presença pressupõe inevitavelmente a figura do paciente idoso que perdeu de certa forma, a sua independência e autonomia. Existem dois tipos de cuidadores, o cuidador formal que é um profissional contratado, com carácter remuneratório para a prestação de cuidados, e o cuidador informal que presta cuidados de forma não remunerada.

Figueiredo & Sousa (2002), declaram que na política de velhice predomina o discurso de que em detrimento da institucionalização do idoso se deveria efectuar serviços de cariz comunitário.

Mendonça, F., Martins M. & Rodrigues, M. (2000), dizem-nos que nos Estados Unidos e Canadá, reforçaram a importância dos cuidados prestados pelas redes de apoio informal que inclui a família, amigos e vizinhos com o objectivo de diminuir ou até mesmo eliminar o aumento dos gastos com a saúde e a constatação dos inconvenientes dos internamentos prolongados em instituições de idosos.

O papel de cuidador informal de um idoso raramente decorre dum processo de livre escolha consciente. A pessoa começa a prestar cuidados sem se identificar com o estatuto da pessoa responsável pela prestação de cuidados (Velásquez, 1998). Desta forma, a definição de cuidador surge com a eleição dos não – cuidadores, ou seja, quanto mais o cuidador se envolve, mais os não - cuidadores se afastam. Este processo tem por base dois factores: a proximidade física e a proximidade emocional (Cerqueira, Figueiredo & Sousa, 2004).

A prestação informal de cuidados é maioritariamente exercida por familiares e define-se com base nas interacções entre um membro da família que ajuda outro, de forma regular e não remunerada, realizando actividades que proporcionam o bem-estar do idoso (Cerqueira, et al, 2004). Estas actividades incluem as actividades instrumentais caracterizadas por, gestão de dinheiro e tarefas domésticas e as actividades de cuidados pessoais, como a alimentação e higiene do idoso (Schulz & Quittner, 1998).

Existe uma maior probabilidade de se tornar cuidador informal o cônjuge ou os filhos de género feminino, que residam com o idoso (Cerqueira, et al., 2004). Existem dois tipos de cuidadores informais, os primários e secundários. Os primeiros assumem a maior parte da responsabilidade pelos cuidados e estão reservados aos trabalhos de rotina. Os cuidadores secundários prestam cuidados complementares aos primários (Cerqueira, et al, 2004).

Albert (1992 cit.por Martim, 2005), destaca alguns pontos concretos sobre a ideologia do cuidador: a questão do dever e o estigma do abandono familiar são muito frequentes, nomeadamente quando os cuidadores são parentes directos; Vidal (1996) descreve a solidariedade como uma motivação básica para cuidar, caracterizada em primeiro lugar pelo seu carácter não voluntário e necessidade, e em segundo lugar, pela origem nos “vínculos de sangue”.

Cerqueira e colaboradores (2004) afirmam,

A carreira de cuidador envolve três estádios: preparação e aquisição do papel; assunção das tarefas de responsabilidade relacionada com os cuidados e por fim a libertação da prestação de cuidados, normalmente em resultado do falecimento do familiar idoso dependente. Cada estágio abarca distintas fontes de stress, proporciona diferentes estratégias de superação das dificuldades, exige variados recursos pessoais, sociais e económicos e condiciona as opções disponíveis nos estádios seguintes. (p.73)

Na dinâmica familiar há uma sobrecarga susceptível de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente a intimidade, a liberdade, o equilíbrio emocional e a carreira profissional. Esta última pode implicar alterações do horário de trabalho (acompanhar o idoso a consultas); sensação de desempenho afectado; necessidade de falar frequentemente; diminuição de horas de trabalho; interrupção durante o trabalho; atrasos e até a desistência da profissão que promove a perda de estatuto social, reconhecimento, prestígio, relações profissionais e diminuição de rendimentos (Cerqueira, et al., 2004). Ao não dispor de tempo para si, o cuidador informal estabelece menos relações sociais e fragiliza as que já tinha, perdendo assim oportunidades de encontrar apoio social. Proporcionar cuidados durante um longo período de tempo pode ser física e psicologicamente esgotante. Nos cuidadores informais são frequentes, a referência a cansaço físico e sensação de deterioração gradual do estado de saúde que descrevem como coincidindo com o início da carreira de cuidador (Thompson & Gallagher- Thompson, 1996).

No entanto, e tendo em conta as transformações da organização e estrutura das famílias, a prestação de cuidados informais ao idoso, causa reacções emocionais ambivalentes e confusas, que podem levar a uma mistura de sentimentos de amor, raiva, ternura e rejeição. Normalmente associados a problemas de stress, sentimentos de frustração, inquietação e uma preocupação constante pela saúde do familiar (Cerqueira, et al., 2004).

O tempo e a liberdade da família são restringidos devido ao tempo necessário para cuidar de uma pessoa incapacitada, podendo causar importantes alterações nas relações interpessoais, forçando a família a adaptar-se à situação (Leventhal, Leventhal & Van Nguyen, 1985, cit. por Castro J., Santos A., 1998).

Segundo Ferreira, J. & Simonetti, J (2008), a maioria dos cuidadores relata ter sentimentos de impotência e incompetência para desempenhar algumas tarefas específicas que envolvam o cuidar do idoso.

É por esta ordem de razões que frequentemente os cuidadores informais de idosos são apelidados de “pacientes ocultos”, uma vez que também necessitam de ajuda, quer a nível emocional, físico e psicológico.

Os aspectos positivos têm sido relativamente esquecidos. A satisfação da tarefa de cuidar pode ter várias origens e co-existe a par com as dificuldades (Nolan, Grant & Keady, 1998, cit. por Cerqueira, et al., 2004). Para Cerqueira e seus colaboradores (2004),

O facto de ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz, a consciência de que o cuidador dá o seu melhor e o facto de encarar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressar amor e afecto, possibilita a realização pessoal assim como o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências. (p.83)

Os cuidadores informais, experimentam diferentes graus de exposição ao stress à medida que o tempo passa, com tendência para a estabilização com o passar do tempo (Aneshensel & col., 1995 cit. por Lage, 2005).

III – Stress

“Os organismos vivos sobrevivem por conseguirem manter um harmonioso equilíbrio, homeostasia, que é constantemente contrariado e posto em causa por factores de distúrbio intrínsecos e ou extrínsecos, denominados por stressores ou factores de Stress.” (Chrousos, Loriaux, & Gold, 1988 cit por Castro J.& Santos A., 1998)

No princípio da era clássica, Heráclito foi o primeiro investigador a sugerir que na Natureza se dão constantes transformações. Um estádio estático não era normal, mas que a capacidade do organismo sofrer mudanças constantes era intrínseca a todos. Posteriormente, Empédocles sugeriu que toda a matéria é constituída por quatro elementos (terra, ar, fogo e água) misturados em proporções variáveis e que estes se separavam para se misturarem novamente no futuro, e que esse equilíbrio era condição necessária para a sobrevivência dos organismos vivos. Cem anos mais tarde, Hipócrates comparou a saúde a um equilíbrio harmonioso e a doença a um desequilíbrio físico ou psíquico. Introduziu o conceito de que a Natureza é a cura da doença. Na Renascença, o conceito de doença de Hipócrates foi explorado e ampliado por Thomas Sydenham, constatando que a resposta adaptativa de cada sujeito poderia por si só provocar alterações patológicas no sujeito. No século XIX, Claude Bernard contribuiu para a evolução da compreensão do estado de equilíbrio, quando introduz o princípio do equilíbrio da dinâmica fisiológica interna (Chrousos, & Gold, 1992).

No início do século XX, o conceito stress surge como a sobrecarga do corpo humano. Walter Cannon (1929) descreveu pela primeira vez a forma como o organismo reage às situações de emergência, através das reacções fisiológicas como resposta a situações de vivência de perigo. A estas respostas adaptativas, denominou de respostas de ataque ou de fuga (in Castro J., Santos A.,1998).

Em 1936, Hans Selye afirma que o stress é um conjunto de reacções desenvolvidas pelo organismo quando submetido a um acontecimento que exige esforço para se adaptar à situação estressante. Este autor criou o conceito de Síndrome de Adaptação Geral (SAG) que consiste numa sequência de reacções que o ser humano produz quando o Stress é constante e duradouro. Este conceito é constituído por três fases: a primeira fase é denominada por Alarme, equivalente à resposta de ataque ou fuga de W. Cannon, e tem como função

primordial a mobilização de todos os recursos do organismo para fazer face ao agente stressor. Neste estágio, o organismo não pode manter a intensa estimulação orgânica da reacção de alarme por muito tempo. A segunda fase deste conceito consiste na Resistência, em que o agente indutor de stress se mantém activo e o organismo tenta adaptar-se ao factor causador de stress. O terceiro e último estágio é a fase de Exaustão que pode levar à morte devido à prolongada estimulação fisiológica, causada por repetidos ou severos acontecimentos traumáticos de vida (cit. por Castro J. & Santos A., 1998).

Após a II Guerra Mundial o conceito do stress foi instaurado na área da psicologia. No âmbito psicológico, Lazarus (1966; 1974) prestou extrema atenção ao fenómeno de stress. Por volta de 1950 este pesquisador iniciou uma série de projectos que são de grande importância neste campo (cit. por Winnubst, 1984).

Quick, Quick, Nelson & Hurrell (1997) afirmam que a resposta ao stress é a inconsciente e generalizada mobilização dos recursos de energia natural do corpo que começa com um estímulo fisiológico ou psicológico quando confrontados com a exigência, ou stressor. A mobilização ocorre durante a acção combinada do sistema nervoso simpático e do sistema endócrino (hormonal). Estes sistemas são activados pela libertação de catecolaminas no fluxo sanguíneo. A resposta ao stress é muitas vezes manifestada por uma elevada batida cardíaca (até mesmo taquicardia), aumento da velocidade de inspiração e expiração e transpiração. A resposta ao stress é altamente funcional quando propriamente aplicada, designada por “bom stress” (“eustress”).

Selye (1936), diz-nos que nem todos os estados de stress são prejudiciais para a saúde do indivíduo. Existem dois tipos de stress que diferem no seu impacto junto do sujeito. O distress é considerado nocivo enquanto que o eustress (do grego eu, sign. Bom) é considerado benéfico e construtivo (cit. por Castro J. & Santos A. 1998). O distress ocorre quando a resposta ao stress é mal aplicada ou quando não são atingidos os objectivos pretendidos. Quick, e seus colaboradores (1997) referem que, Distress individual (“strain”) é o nível de desvio psicológico, fisiológico e comportamental do funcionamento saudável das pessoas. O distress individual é expresso em doenças comuns tais como, doenças cardiovasculares (fisiológicas), depressões (psicológicas) e por um comportamento violento (comportamentais). Os acontecimentos stressantes e a resposta ao stress não são a única causa destas formas de distress dos indivíduos, porém são factores contributivos

importantes para o aparecimento ou aceleração do processo de distress. O distress do indivíduo pode manifestar-se de várias formas, alguns indivíduos podem ter mais predisposição para distress fisiológico enquanto outros indivíduos podem ter predisposição para o distress psicológico ou comportamental.

Frankenhauser (1986), descreveu dois componentes do stress. O distress ou angústia e o “effort” ou esforço. Este investigador concluiu que a angústia com ou sem esforço é mais nociva que o esforço sem angústia numa resposta ao stress (cit. por Castro J.& Santos A.1998).

Para Cox, 1978; Lazarus, & Folkman, 1984b; Mechani, 1976; Singer, & Davison, 1986; Trumbull, & Appley, 1986, o Stress é a consequência do resultado das trocas entre a pessoa e o meio ambiente. Esta interacção conduz o indivíduo a perceber, a sentir uma discrepância, real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos disponíveis do indivíduo, quer ao nível biológico, psicológico ou social. (cit. por Sarafino, 1994)

As reacções Biopsicossociais ao Stress são as tensões ao nível biológico, psicológico e dos sistemas sociais, provocadas por acontecimentos traumáticos ou agentes stressores (Castro J.& Santos A., 1998).

Segundo Baum 1990, Coyne & Holroyd 1992 & Hobfoll 1989, o Stress é conceptualizado em três maneiras distintas. Uma delas centra-se no ambiente, em que o stress é um estímulo; a segunda concepção encara o stress como uma resposta centrada nas reacções das pessoas aos acontecimentos stressores, esta resposta tem duas componentes, uma psicológica e outra fisiológica. A componente psicológica envolve o comportamento, padrões de pensamento e as emoções, enquanto que a componente fisiológica envolve um aumento do despertar orgânico (cit por Sarafino, 1994). Segundo Sarafino (1994), a resposta psicofisiológica é denominada por tensão ou resposta tensional. A terceira concepção sobre Stress consiste num processo que inclui acontecimentos stressores, respostas de tensão e a relação entre a pessoa e o meio que a envolve. Através desta teoria, é seguro dizer que o stress não é somente um estímulo ou uma resposta, mas um processo em que o sujeito é um agente activo que pode influenciar o impacto de um acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais.

Desta forma, verifica-se em várias revisões do estudo do stress que existem três abordagens diferentes, mas sobrepostas, para a definição e estudo do stress. De acordo com Cox (1993), a primeira abordagem conceptualiza o stress como uma característica prejudicial

do ambiente. Estudos relacionados com esta abordagem tratam o stress como uma variável independente – a causa ambiental de problemas de saúde. Esta abordagem foi denominada como “Modelo de Engenharia”. A segunda abordagem, por outro lado, define o stress em termos de efeitos fisiológicos. Trata o stress como variável dependente, como uma resposta fisiológica particular de um ambiente ameaçador. Esta abordagem tem vindo a ser chamada de “Modelo Fisiológico”. Por fim, a terceira abordagem, consiste no stress em termos da interacção dinâmica entre a pessoa e o seu ambiente de trabalho. Quando estudado o stress, é tanto inferido a partir da existência da problemática da interacção entre a pessoa e o meio ambiente, como medido em termos dos processos cognitivos e reacções emocionais que presidem essas interacções. Esta abordagem final tem vindo a ser designada por “Modelo Psicológico”.

Sobre o Modelo Psicológico, Cox (1993) refere que derivam variantes que dominam a teoria contemporânea do stress psicológico, sendo que podem ser distinguidas dois tipos: a interaccional e a transaccional. A primeira foca-se nas características estruturais da pessoa, na sua interacção com o meio ambiente de trabalho, enquanto que a última é mais preocupada com os mecanismos psicológicos subjacentes a essa interacção. O modelo transaccional preocupa-se principalmente com os processos cognitivos (avaliação e coping).

Segundo Cox (1993), a maioria das teorias transaccionais do stress focam-se nos processos cognitivos e emocionais subjacentes às interacções dos indivíduos com o ambiente, sendo que estão relacionadas com as teorias de avaliação e coping, de Lazarus e Folkman (1984). De acordo com o modelo transaccional, o stress é um estado psicológico que envolve tantos aspectos da cognição como da emoção. Estes tratam o estado de stress como a representação interna da transacção particular e problemática entre indivíduos e o seu meio ambiente.

O modelo geral de stress identifica os stressores como as condições problemáticas e as circunstâncias difíceis experimentadas pelos prestadores de cuidados. Os resultados mostram os efeitos na saúde física e no bem-estar emocional do prestador de cuidados. Os mediadores são os recursos (pessoais, sociais e materiais) que regulam a relação causal entre stressores e resultados (Pearlin & Skaff, 1996, cit por Lage, 2005).

Os stressores são catalogados em dois tipos: os stressores primários que envolvem os cuidados de carácter instrumental, enquanto que os secundários envolvem sentimentos e

relações de trabalho, tais como conflitos familiares e laborais. O impacto das exigências do cuidado poderá ser resolvido, se o prestador de cuidados tiver acesso a vários recursos pessoais e sociais, nomeadamente as estratégias de coping e o suporte social (Lage, 2005).

Para Lage (2005), “O stress ocorre quando existe um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas às famílias e os seus recursos, capacidades para resolver os problemas.” (p. 208)

IV – O Coping

Durante toda a vida, as pessoas vivenciam situações de stress e tentam lidar com essa realidade de diversas formas. Ao reduzir a tensão emocional e física provocada pelo stress, os sujeitos utilizam mecanismos de coping ou de adaptação ao stress (Sarafino, 1994).

Cox (1993) refere que, em primeiro lugar, o stress é definido como a dificuldade de lidar com as exigências e as ameaças ao bem – estar e, em segundo, que o coping é uma importante dificuldade em fazer face às preocupações e depressões. Refere ainda que, é útil pensar no estado de stress incorporado no processo que envolve as pessoas em interacção com o ambiente, de forma que a avaliação acerca dessas mesmas interacções e a tentativa de lhes fazer face (estratégias de coping), resulta na resolução de problemas que possam surgir.

Historicamente, o coping tem uma longa história mas um curto passado. Três gerações de investigadores dedicaram-se a estudar o coping, tanto a nível teórico como a nível metodológico (Suls, David & Harvey, 1996, cit. por Antoniazzi, A., Bandeira, D. & Dell’Aglia, D., 1998). No início do século, a primeira geração diz-nos que os estilos de coping utilizados pelas pessoas são estáveis numa hierarquia de saúde versus psicopatologia. A partir desta ideia, vários investigadores começaram a diferenciar os mecanismos de coping dos mecanismos de defesa (Folkman & Lazarus, 1980 cit. por Antoniazzi, et al., 1998).

Segundo Snyder & Dinoff (1999), o *coping* foi confundido com os mecanismos de defesa do Eu do modelo analítico. Após a investigação de trabalhos realizados nesta área, conclui-se que os mecanismos de defesa do Eu atendem para os aspectos provenientes do passado e são considerados inconscientes enquanto o coping é orientado para o presente e futuro a um nível consciente (cit. por Vaz Serra, A., 1999).

Na década de 60, a segunda geração apresenta uma nova linha de investigação que enfatiza os comportamentos de coping e os seus determinantes cognitivos e situacionais. O coping é conceptualizado como um processo transaccional entre pessoa e ambiente e os seus traços de personalidade (Folkman & Lazarus, 1985).

A partir desta década, surge uma terceira geração de pesquisadores que enfatizam a relação entre coping e personalidade, deixando de parte os factores situacionais que não explicam a variação das estratégias de coping (Antoniazzi, et al., 1998).

No processo de adaptação à situação de stress intervêm três componentes centrais: os

recursos, que incluem as características individuais e contextuais que favorecem a recuperação da situação indutora de stress; a percepção da situação que pode variar desde uma maior negatividade (situação experienciada como dramática, trágica) até uma maior positividade (situação experienciada como um desafio, uma oportunidade de crescimento); as estratégias de coping, as quais implicam uma pró-actividade do indivíduo no sentido de gerir e ultrapassar a situação adversa (Burr & Klein, 1994).

Segundo Lazarus & Folkman (1984), os mecanismos de coping são processos através dos quais os sujeitos tentam gerir a discrepância, entre as exigências específicas, internas ou externas a que são submetidos e os recursos que possuem em condições de stress com o objectivo de resolver estas situações (cit. por Castro J. & Santos A., 1998).

Cunha, Rego, Cunha & Cardoso (2004) definem coping como o conjunto de acções que as pessoas desencadeiam, relativamente às situações em que existe percepção de stress ou resposta ao stress, isto é, trata-se de estratégias utilizadas pelos indivíduos para enfrentar os stressores e reduzir ou anular o desequilíbrio por eles causados. Sendo que o estilo de coping escolhido pode depender de características individuais (disposicionais), mas também das características do contexto e do meio ambiente.

As pessoas combatem o stress através de trocas cognitivas e comportamentais com o meio. Muitas vezes, estas trocas levam o sujeito a tolerar, a aceitar, a fugir ou a ver de forma diferente o factor de stress. Estas formas de combater o stress, são influenciadas pelas estratégias de coping. O sujeito tem tendência a utilizar as mesmas estratégias de coping, conforme o sucesso obtido por estas na primeira vez que foram utilizadas, uma vez que os mecanismos de coping não são um acontecimento único e envolvem trocas continuas com o meio (cit. por Castro J. & Santos A., 1998).

Modelos de Coping

Numa perspectiva cognitivista, Lazarus & Folkman (1984) propõem um modelo que divide o coping em duas categorias funcionais na adaptação ao stress: o coping focado no problema e o coping focado na emoção. A primeira adaptação ao stress tenta alterar o problema que causa a situação de stress, ou seja, refere-se à capacidade de reduzir as exigências ou de expandir os recursos para lidar com a situação de stress. Normalmente, este tipo de atitude é mais utilizada quando o indivíduo acredita que a situação poderá ser alterada. A segunda adaptação ao stress consiste em regular a resposta emocional ao

problema, através de abordagens cognitivas e comportamentais, como negar os factos desagradáveis ou vê-los de uma perspectiva melhor. Esta atitude é mais frequente quando os sujeitos acreditam que nada podem fazer para alterar a situação de stress (cit. por Castro J. & Santos A., 1998).

Antoniazzi, A. e colegas (1998) afirmam que a acção de coping pode ser direccionada internamente ou externamente. Quando o coping focado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Se o coping focado no problema for dirigido internamente, inclui reestruturação cognitiva como a redefinição do elemento stressor. Existem dois tipos de avaliação, uma avaliação primária que consiste num processo cognitivo através do qual o sujeito verifica qual o risco envolvido numa determinada situação de stress e uma avaliação secundária, em que a pessoa analisa quais os recursos disponíveis e opções para lidar com o problema.

Para Carver e Scheier (1994), o coping focado na emoção pode facilitar o coping focado no problema por remover a tensão e similarmente o coping focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocionalmente.

O modelo de Lazarus e Folkman (1984) envolve quatro conceitos principais, 1) coping é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o meio ambiente; 2) a sua função é administrada pela situação stressora, ao invés do domínio da mesma; 3) os processos de coping pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do sujeito; 4) o processo de coping consiste numa mobilização de esforço através do qual o sujeito irá empreender os esforços cognitivos e comportamentais (Antoniazzi, A., et al., 1998).

Ebata e Moos (1991), descrevem as mesmas estratégias de coping que Lazarus & Folkman mencionam e acrescentam mais dois tipos de coping, por aproximação (cognições e comportamentos que mantêm o foco na situação stressante) vs coping por evitamento (cognições e comportamentos que minimizam o foco na situação) (cit. por Bridges, 2003).

Rudolph, K. D., Dennings, M.D., & Weisz, J.R. (1995), afirmam que o coping deverá ser entendido como um episódio, no qual há uma tentativa de separação entre três aspectos fundamentais, uma resposta de coping; um objectivo referente a essa resposta e um resultado. Segundo este autor, a resposta deverá ser diferenciada de uma resposta de stress, que não é intencional e sem objectivo. Assim, considera-se que a resposta de coping é uma acção

intencional, física ou mental que se inicia pela presença de stressor percebido. Estes mesmos autores, salientaram a diferença entre resultados de coping, que são consequências específicas da resposta de coping e dos resultados de stress. Esta diferença pode promover a adaptação ou não do indivíduo.

Meichenbaum & Turk (1982), afirmam que as estratégias de coping são aprendidas pelo processo de osmose, ou seja, o indivíduo faz o que vê os outros fazerem no meio ambiente. Se o modelo é bom, continua a utilizar as mesmas estratégias, se o modelo é mau, o sujeito depara-se com algumas dificuldades difíceis de serem resolvidas. A aquisição destas estratégias não depende só da aprendizagem vicariante, existem variáveis que irão influenciar também esta aquisição, tais como a personalidade; factores cognitivos (o modo como o sujeito se habituou a pensar) e o condicionamento clássico e operante. (cit. por Vaz Serra, A., 1999)

Estilos de Coping

Os estilos de coping estão relacionados com os factores disposicionais do indivíduo, enquanto que as estratégias de coping têm sido vinculadas a factores situacionais (Rudolph et al., 1995).

Em geral, os estilos de coping têm sido relacionados com as características de personalidade ou com os resultados de coping, enquanto que as estratégias de coping referem-se a acções cognitivas ou comportamentais tomadas no curso de um episódio de stress. Os estilos podem influenciar as estratégias de coping seleccionadas (Ryan-Wenger, 1992).

Os estilos de coping podem reflectir a tendência de uma pessoa ao responder de uma forma particular quando confrontada com uma série específica de circunstâncias.

Miller (1981) apresenta dois tipos de estilos de coping, denominados por monitorador e desatento. O estilo monitorador utiliza estratégias que envolvem o estar alerta e sensibilizado a aspectos negativos de uma experiência, procurando informações de forma a controlar a situação. O estilo desatento concentra-se na distração e protecção cognitiva de fontes de perigo.

Segundo Band & Weisz (1988), existem dois tipos de coping: o primário, em que o coping tem como objectivo primordial lidar com situações ou condições objectivas e o secundário, envolve a capacidade de adaptação da pessoa às condições de stress. Para

Billings & Moos (1984) e Holahan & Moos (1985), os estilos de coping tanto podem ser activos ou passivos. É activo quando há esforços de aproximação do foco de stress, enquanto que o estilo passivo evitaria o foco de stress. Estes estilos são paralelos ao coping de aproximação versus evitação (cit. por Rudolph et al., 1995).

Estratégias de Coping

Segundo Lazarus e Folkman (1984), “as estratégias de coping não são adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto.” (cit. por Leal, I. & Varela, M., 2007 p.480).

Para os investigadores Lazarus (1999), Latack (1986), Meichenbaum & Turk (1982); Pearlin e Schooler (1978), as estratégias de coping são consideradas como um factor mediador dos efeitos que os acontecimentos sociais podem ter sobre o indivíduo (Vaz Serra, A., 1999).

De acordo com Beresford (1994), a eficácia ou adaptabilidade das estratégias de coping tem-se mostrado extremamente subjectiva em muitas pesquisas e deverá ser visto como independente do seu resultado. Segundo o modelo de coping e stress proposto por Lazarus & Folkman (1984), qualquer tentativa de administrar o stressor é considerado coping, tenha ela ou não acesso ao resultado. Desta forma, uma estratégia de coping não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. É necessário considerar a natureza do stressor, a sua disponibilidade de recursos de coping e o resultado dos esforços de coping. Este autor salienta que o processo de coping não pode ser simplificado, pois quando o sujeito é confrontado com um stressor, as estratégias de coping são utilizadas individualmente, consecutivamente e combinadas. Assim, o impacto de uma estratégia de coping pode ser confundida pelo efeito de outras estratégias (Antoniazzi, et al., 1998).

Recentemente, surgiu uma terceira estratégia a complementar as estratégias focadas no problema e na emoção, a estratégia de coping focada nas relações interpessoais. Esta terceira estratégia surgiu com o trabalho de Coyne & DeLongis (1986) e foi estudada com mais atenção por O'Brien & DeLongis (1996) com o objectivo de entender melhor o papel da personalidade e dos factores situacionais na escolha de estratégias de coping. Esta nova dimensão consiste na forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de stress. Estas estratégias utilizadas nas situações indutoras de

stress correspondem a duas classes diferentes, uma delas implica a abordagem e o confronto do problema e a outra, o evitamento da circunstância aversiva (cit. por Vaz Serra, A., 1999).

Sub- Escalas de Coping de Folkman e Lazarus

Devido a dificuldades sentidas na medição das estratégias de coping, visto que algumas estratégias encaixam-se nas funções de coping focadas no problema e também nas funções de coping focado nas emoções, por exemplo, a procura de aconselhamento, (Ribeiro, J.P.& Santos, C., 2001) e pelo seu fraco poder explicativo do comportamento (Dewe, Cox & Ferguson, 1993), Gruen & Delongis (1986) reviram a Ways of Coping Questionnaire e adoptaram a subdivisão da escala em oito estratégias de coping (cit. por Folkman & Lazarus, 1986).

De acordo com a teoria de coping dos autores Folkman & Lazarus, as pessoas utilizam oito estratégias de coping na presença de um acontecimento de stress (Lazarus, 1992).

As oito sub-escalas de coping são, 1) Coping confrontativo que consiste em esforços agressivos com o objectivo de mudar a situação, 2) Coping por distanciamento com o objectivo de não dar muita importância à situação, 3) Coping por Auto-Controlo, esforços em controlar os sentimentos e as acções, 4) Coping na procura de Suporte social a nível emocional e informativo, 5) Coping em Aceitar a Responsabilidade, no sentido de recompor a situação e reconhecimento de culpa no problema, 6) Coping por Fuga – Evitamento, com o intuito de fugir e/ou evitar o problema, 7) Coping por Resolução Planeada de Problemas, focado no problema com o objectivo de o solucionar e por último, o coping por Reavaliação positiva, esforços sentidos como positivos, focados no crescimento pessoal. Nesta última sub-escala existe uma abordagem à religião (Ribeiro, J.P.& Santos, C., 2001).

Vaz Serra (1999), afirma que os indivíduos com estratégias pobres de coping tendem a sentir que a solução dos seus problemas não depende deles, evitando assim o confronto e a resolução activa. As pessoas emocionalmente estáveis e extrovertidas, tendem a revelar melhores estratégias de coping em situações indutoras de stress do que as pessoas com características opostas. Normalmente, os indivíduos com transtornos emocionais são de famílias em que há uma má comunicação entre os seus membros e existe um nível global pobre de recursos e de coping.

Segundo Dorothy Cotton (1990), os homens utilizam com mais frequência a estratégia de coping focada na resolução do problema, enquanto que as mulheres utilizam mais a estratégia de coping que permite o controlo das emoções (cit. por Vaz Serra, A., 1999).

V - Suporte Social

Segundo Cerqueira, Figueiredo & Sousa (2004), o papel das satisfações do Suporte Social na redução do stress do cuidador é um campo pouco explorado.

A definição exacta de suporte social é difícil de conceptualizar. É um domínio multidimensional, envolvendo diversos compartimentos como vínculos, resolução de problemas, informação e apoio social. Reflecte ainda a interacção com os outros. (Tremethick, 1997).

Gerald Catplan (1974) é o primeiro investigador a introduzir o termo *Sistema de Suporte*, que para além de abranger o núcleo familiar e de amigos, também inclui os serviços informais baseados na vizinhança e a ajuda proporcionada pelos serviços comunitários. Este autor propõe três conjuntos de actividades que podem ser proporcionados pelo Sistema de Suporte, sendo estes, o suporte prestado ao indivíduo na mobilização dos seus recursos psicológicos de modo a permitir-lhes a gestão dos seus problemas emocionais, a partilha de actividades e a prestação de ajuda material (apoio monetário) (cit. por Ornelas, 1994).

Segundo Bergman et al. (cit. por Vaz Serra, 1999), o suporte social é um termo abrangente que se refere à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência de contacto e ao modo como é percebido. Ornelas (1994) vai ao encontro da definição de Bergman e seus colaboradores, dizendo que o suporte social tem em conta simultaneamente três factores: a quantidade de relações sociais; a sua estrutura formal (densidade e reciprocidade) e o conteúdo destas relações no que diz respeito ao suporte social.

Para Berkman, 1984; Bruhn & Philips, 1984; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen, 1988; Kaplan, et al., 1977; Taylor, 1990 (cit. por Ribeiro, 1999) o Suporte Social pode ser reconhecido por factores objectivos, tais como o número de amigos, a frequência de contactos, a sua intensidade, as redes de apoio constituídas por contactos sociais e por factores subjectivos, nomeadamente a satisfação individual com a dimensão e a qualidade do suporte social, assim como a percepção da sua adequação.

Hobfoll e Vaux (1993), referem que o suporte social é um meta-constructo no qual se enquadram três constructos diferentes, 1) recursos da rede social; 2) comportamento de apoio e 3) avaliação subjectiva de apoio.

- 1) Os recursos da rede social são constituídos pelas relações sociais disponíveis que podem ser objectivamente chamadas a prestar ajuda em caso de necessidade e que oferecem uma ligação estável num grupo social. Normalmente, a primeira rede social do indivíduo é a família, posteriormente os amigos e conhecidos. Uma vasta rede social, oferece um maior número de possibilidades de encontrar um tipo de pessoa que possa ser útil em dada situação. Contudo, se a rede social for muito ampla, é provável que nalguns casos, o grau de conhecimento pessoal não seja suficiente para que o indivíduo se sinta à vontade para recorrer a alguém que o possa ajudar. Uma boa rede de amigos ou conhecidos, se for coesa e disponível com a dificuldade sentida, pode ser uma grande ajuda na resolução de uma dificuldade.
- 2) O comportamento de apoio consiste numa troca de recursos entre dois ou mais indivíduos, em que um é o receptor e outro, o dador. Esta troca de recursos, que consiste nas coisas que uma pessoa tem e dá valor, tem como objectivo aumentar o bem-estar do receptor. Para estes autores, uma pessoa fica carente de suporte social quando, perde os seus recursos ou são ameaçados de perda, ou ainda se são investidos sem ganhos consequentes.
- 3) A avaliação subjectiva de apoio é o último constructo e é caracterizada pela percepção e pelo significado (existente ou nulo, suficiente ou não, de boa ou má qualidade) que o indivíduo atribui ao apoio prestado pelo dador (cit. por Vaz Serra, 1999).

Componentes e dimensões do Suporte Social

Para Dunst & Trivette (1990) o suporte social contempla todos os recursos disponíveis para um indivíduo e unidades sociais tais como a família, em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Estes autores definem a presença de cinco componentes de suporte social que se articulam entre si: 1) componente constitucional, composta pelas necessidades e a congruência existente entre elas e o suporte social; 2) componente relacional, que se caracteriza pelo tamanho da rede social, estatuto profissional e participação em organizações sociais; 3) componente funcional constituída pelo suporte disponível, pelo tipo de suporte – emocional, informativo, instrumental, material, qualidade e quantidade de suporte; 4) componente estrutural, onde se inclui a proximidade física e a frequência dos contactos sociais, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade (equilíbrio entre suporte social recebido e fornecido) e consistência; 5) componente satisfação, definida através da utilidade e ajuda fornecida pelo suporte social.

De acordo com Cutrona & Russel (1990), Powell & Enright (1990) e Cohen & Will (1985), existem seis tipos de suporte social: o suporte Afetivo, que leva a que uma pessoa se sinta estimada e aceite pelas outras pessoas, apesar dos seus defeitos e limitações; o suporte Emocional, caracterizado pela aceitação, segurança e estima; suporte Perceptivo, que propicia que um indivíduo faça uma avaliação mais correcta do seu problema, lhe dê outro significado e estabeleça objectivos mais realistas; suporte Informativo em que existe informação e conselhos respeitantes às tomadas de decisão; suporte Instrumental, que consiste na ajuda recebida pelo sujeito em termos materiais ou de serviços com o intuito de resolver determinado problema; e o suporte de Convívio Social que leva uma pessoa a ter actividades culturais ou de lazer, alivia as tensões acumuladas do dia-a-dia e permite à pessoa sentir-se parte integrante de uma determinada rede social. (cit. por Vaz Serra, 1999),

Dunst & Trivette (1990), defendem onze dimensões do suporte social que consideram essenciais para o bem-estar do sujeito, a) o tamanho da rede social; b) a existência de relações sociais, principais ou periféricas; c) a frequência dos contactos; d) a necessidade; e) o tipo e a quantidade de suporte disponível; f) a congruência entre suporte social disponível e necessário; g) a utilização das redes sociais quando necessário; h) dependência (nível de confiança nas redes de suporte social quando as utiliza; i) reciprocidade (estabilidade entre o suporte recebido e conferido); j) proximidade sentida em relação aos prestadores; k) e satisfação.

Funções do Suporte Social

John Cassel (1974), ressalva a importância dos processos psicossociais na etiologia das doenças e em particular, o papel que o suporte social pode desempenhar nos desequilíbrios relacionados com as situações de stress. (cit. por Ornelas 1994). Cobb (1976), acrescenta a ideia de considerar o suporte social um amortecedor de stress, concluindo que este desempenha a função de facilitador da confrontação e adaptação em situações de crise.

De acordo com Singer & Lord (1984), o suporte social e a saúde estão relacionados e podem abranger quatro categorias, 1) O suporte social protege os sujeitos dos acontecimentos indutores do stress. O suporte social é assim identificado como um moderador do stress; 2) A falta de suporte social causa stress; 3) A perda do suporte social é um stressor; 4) O suporte social é um recurso que torna a pessoa mais forte para enfrentar as vicissitudes da vida, quer perante ou na ausência, de fonte de stress.

Kiecolt-Glaser & Glaser (1991 cit. por Vaz Serra, 1999) afirmam que a pessoa pode estar rodeada por outras pessoas, mas que este facto não significa que tenham suporte social. De acordo com estes autores, alguns relacionamentos podem ter efeitos arrasantes. Para além de constituírem uma fonte de stress, são capazes de impedir o acesso a outras pessoas que possam dar o auxílio de que se necessita.

Bishop (1994), diz-nos que todos os tipos de suporte social são úteis, contudo há alguns que são mais úteis do que os outros em função do grau de controlabilidade da circunstância indutora de stress. Quando a situação é controlável, os melhores suportes que a pessoa pode receber são o instrumental e o informativo, ajudam a resolver o problema de uma forma definitiva. O suporte afectivo pode ser igualmente útil para manter a capacidade de luta do indivíduo. Se a situação é incontrolável, o suporte afectivo é o único útil, uma vez que nessas circunstâncias há muito pouco a fazer, apenas ajudar a pessoa a lidar com as emoções negativas que entretanto desenvolve. O suporte perceptivo, é útil para corrigir a distorção da realidade, é muito utilizado em intervenções psicoterapêuticas (cit. por Vaz Serra, 1999).

Newman & Newman (1995) dizem-nos que o suporte social promove a saúde e o bem-estar do indivíduo mesmo quando este não tem de se confrontar com circunstâncias indutoras de stress (cit. por Vaz Serra, 1999).

Para Dunbar, Ford & Hunt (1998), a investigação evidenciou que, tanto se verifica que o suporte social é um amortecedor dos impactos do stress na saúde, como está relacionado com o bem-estar, ou com o agravamento do efeito dos stressores.

Castro J.& Santos A.(1998), afirmam que os contactos e tarefas que as pessoas executam no seu quotidiano, levam a muitas situações de stress.

Satisfação com o Suporte Social

Para os investigadores Sarason et al (1985), “a satisfação com o suporte social tem uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mau-estar” (cit. por Ribeiro, 1999).

Newman & Newman (1995), dizem que as relações sociais significativas reduzem o isolamento e aumentam a satisfação de viver das pessoas, pois indicam que são estimadas e apreciadas (cit. por Vaz Serra, 1999).

O investigador Ribeiro (1999), criou uma escala que mede a satisfação com o suporte social do sujeito. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) mede os seguintes

aspectos do suporte social: a satisfação com os amigos; a percepção de existência de suporte social íntimo; satisfação familiar e a satisfação das actividades sociais realizadas pelos sujeitos.

Segundo Hohaus e Berah (1996), a satisfação com o suporte social está associada à satisfação com a vida.

Suporte Social ao Longo da Vida

As pessoas que ao longo da infância tiveram um bom suporte social, costumam revelar na fase adulta uma melhor auto-estima e ajustamento. Não só, porque experimentaram um maior número de acontecimentos positivos, como a encaram de uma forma mais optimista (Saranson et al, 1983 cit. por Vaz Serra, 1999).

Belle (1981), desenvolveu uma investigação qualitativa concluindo que as mulheres têm amigos mais próximos e dão maior importância à intimidade e à confiança nas suas amizades, enquanto que os homens dão uma maior importância à socialização. Cronenweth (1985) acrescenta que as mulheres recebem mais suporte emocional dos amigos que os homens (cit. por Ornelas 1994).

Segundo Stueve & Gerson (1977), num estudo comparativo entre sujeitos casados e solteiros, verificou que as pessoas casadas têm um menor número de relações com os amigos de infância, ou seja, contactavam com os amigos menos vezes. Em contra-partida, Ensel (1986) concluiu no seu estudo, que os indivíduos casados relatavam níveis mais elevados de suporte social e os solteiros ou separados um nível intermédio (cit. por Ornelas 1994).

Newman & Newman (1995) (cit. por Vaz Serra, 1999), dizem-nos que as diferentes relações sociais e a prestação do suporte social evoluem por etapas ao longo da vida, que se diferenciam qualitativamente como quantitativamente. Na idade adulta, as relações baseiam-se na família, trabalho ou comunidade. Os adultos são influenciados pelas relações sociais quem têm um impacto sobre as suas vidas, ou dos seus filhos e pais. Segundo os autores, na velhice as relações sociais tornam-se mais abstractas. A pessoa desenvolve uma relação mais geral com a sociedade e ao mesmo tempo uma relação mais próxima com alguém que precise dos seus cuidados.

As características do cuidador e a sua crença de controlo do cuidado são determinantes do seu sentimento de competência do que a gravidade da doença ou o número de pessoas que compõem a sua rede social (Carrero, 2000 cit. por Lage, 2005).

“A rede social a que um individuo pertence determina as suas exigências que lhe são feitas, a forma como cuidarão de si e o significado a dar às relações sociais estabelecidas com terceiros” (Vaz Serra, 1999, p.121).

VI - Objectivos do Estudo

O presente estudo é de carácter exploratório quantitativo (Robson 1993). A estratégia utilizada neste estudo será a metodologia por questionário, “survey”. A estratégia por questionário, segundo Robson (1993), refere-se à colecta de forma normalizada acerca de pessoas, que tem como características típicas a selecção de amostras de indivíduos pertencentes a determinada população.

Este estudo, para além de ser exploratório quantitativo, é também correlacional.

A Amostra é não – aleatória e intencional: composta de elementos seleccionados deliberadamente pelo investigador, que possuem características que são típicas e representativas da população.

O objectivo do estudo é verificar as associações entre as variáveis: Stressores- quantidade de tempo a prestar cuidados; Estratégias de Coping e Satisfação com o Suporte Social com a Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Idosos e verificar o seu efeito.

De acordo com esta finalidade são colocadas as seguintes Questões de Investigação:

1º Qual a relação entre os Stressores, quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, e a sobrecarga do Cuidador Informal?

2º Qual a relação entre as Estratégias de Coping e a Sobrecarga do Cuidador Informal?

3º Qual a relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a Sobrecarga do Cuidador Informal?

4º Qual a relação entre os Stressores, quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, e as estratégias de Coping?

5º Qual a relação entre os Stressores, quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, e a satisfação com o Suporte Social?

6º Encontram-se as dimensões que caracterizam as principais variáveis em estudo, Stressores, Estratégias de Coping, Suporte Social e Sobrecarga relacionadas entre si?

As Questões de Investigação permite-nos formular as seguintes Hipóteses de Investigação:

1º Espera-se que os Stressores, a quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, estejam associados a uma menor Sobrecarga.

2º Espera-se que a utilização das estratégias de coping por parte dos prestadores de cuidados informais esteja associada a uma menor sobrecarga.

3º Espera-se que as várias dimensões da Satisfação com o Suporte Social do prestador de cuidados informais estejam associadas a uma menor Sobrecarga.

4º Espera-se que os Stressores, a quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, estejam associados a uma maior utilização das Estratégias de Coping.

5º Espera-se que os Stressores, a quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, estejam associados a uma menor satisfação com o Suporte Social.

6º Espera-se que as dimensões que caracterizam as principais variáveis em estudo estejam associadas entre si: - stressores e estratégias de coping na sobrecarga;

- stressores e satisfação com o suporte social na sobrecarga;

- satisfação com o suporte social e estratégias de coping na sobrecarga.

VII-Método

Participantes

Para a selecção dos indivíduos incluídos neste estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão,

Crítérios de Inclusão:

- 1) Indivíduos de ambos os sexos;
- 2) Sujeitos com idade superior a 18 anos;
- 4) O Cuidador informal não recebe qualquer tipo de remuneração pelo serviço prestado ao idoso;
- 5) Capacidade para comunicar eficazmente com o investigador e compreender o pedido;
- 6) O sujeito deverá ser o principal prestador de Cuidados informais ao idoso;
- 7) Autorização expressa para participar no estudo.

A amostra recolhida respeita os critérios de inclusão previamente definidos. A avaliação foi realizada por uma ficha sócio-demográfica, que nos auxiliou na descrição da amostra.

Como se pode verificar na tabela nº1, a amostra é constituída por 100 sujeitos prestadores de cuidados informais a idosos na zona de Odemira. No que respeita ao género, observa-se que a população feminina assume maior prevalência, existindo 81 mulheres e 19 homens.

A idade varia entre os 22 e os 84 anos ($M = 49,22$ e $DP = 15,25$) e 77% da amostra recolhida reside no meio Rural.

Quanto ao Estado Civil, verifica-se que a maioria dos sujeitos são casados ou vivem em união de facto (59 %).

No campo das habilitações literárias, pode-se observar que 31% dos sujeitos tem instrução primária; 29% tem instrução básica; 24% frequentaram o ensino secundário, 10% são analfabetos e 6% concluíram o ensino universitário.

Quanto à profissão, 78% da amostra trabalha a tempo inteiro; 11% encontra-se desempregada; 9% trabalha em *part-time* e 2% não concederam esta informação.

No que toca ao grau parentesco, o cuidador informal de idoso é o filho(a) com uma percentagem de 49 e de seguida o neto(a) com 16 %). O valor mais baixo é apresentado pela categoria de vizinho com 1%.

Relativamente ao conhecimento prévio de como cuidar do Idoso, a maioria (57%) respondeu que sim, ou seja, que sabe como cuidar deste.

O principal motivo de cuidar do idoso, destacado pelos sujeitos, foi a doença com 42%, de seguida a categoria Outros, como por exe. o casamento e o facto de ter casa, com 31%. A solidão foi referida por 27% da amostra.

Dos sujeitos inqueridos, 59% pode contar com a ajuda de outras pessoas no cuidado ao idoso, enquanto que para 41% desta amostra, não existe divisão de tarefas. O número de pessoas a residir na mesma casa dos sujeitos, varia de 1 a 7 pessoas ($M = 3,30$ e $DP = 1,268$). O tempo de residência com o idoso pode ir de 1 até 60 anos ($M = 17,02$ e $DP = 16,879$). Quanto aos dias por semana, os sujeitos apresentam uma média de 6,29 e um desvio padrão de 1,635, com uma média de 13,94 horas por dia e um desvio padrão de 9,680.

Tabela 1: Caracterização Sócio-Demográfico.

		(N = 100)	Percentagem (%)
Género	Masculino	100	19
	Feminino		81
Estado Civil	Solteiro	100	2
	Casado/ União facto		59
	Divorciado(a)		8
	Viúvo(a)		8
	Não Respondeu		2
Habilitações Literárias	Nenhuma	100	10
	Primária		31
	Básica		29
	Secundária		4
	Universitária		6
Profissão	Desempregado	100	11
	Tempo-Inteiro		78
	Part – Time		9
	Não Respondeu		2
Meio de Residência	Rural	100	77
	Urbano		22
	Não Respondeu		1

Divisão de Tarefas cuidados ao Idoso	Sim	59
	Não	41
Grau de Parentesco	Cônjuge	13
	Filho(a)	49
	Neto(a)	16
	Bisneto(a)	1
	Sobrinho(a)	4
	Irmã(o)	3
	Nora/ Genro	13
	Amigo(a)	1
	Vizinho(a)	0
Conhecimento prévio como cuidar do Idoso	Sim	57
	Não	43
Motivo para cuidar do Idoso	Doença	42
	Solidão	27
	Outros:	
	Casamento	4
	Dependência tutelar	1
	Envelhecimento	2
	Ser neta	1
	Ter casa	4
	Viuvez	1
	Sem especificação	18

Materials

Os seguintes instrumentos de medida foram utilizados na avaliação dos Prestadores de Cuidados Informais ao Idoso:

- Ficha de caracterização Socio-Demográfica (ANEXO A)
- Inventário da Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit (ANEXO B)
- Questionário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (ANEXO C)
- Escala de Satisfação com o Suporte Social de Ribeiro (ANEXO D)

*Instrumentos de Medida**Inventário da Sobrecarga do Cuidador Informal.*

O Zarit Caregiver *Burden Interview* (ZBI), foi desenvolvido por Zarit e colegas em 1985 com o intuito de avaliar a sobrecarga do Cuidador. A fiabilidade deste questionário é excelente (coeficiente de correlação de intra-classe = 0.71; alpha de cronbach = 0.91). Em 2004 este questionário foi adaptado para uma versão em português por Anita Taub, Sergio B. Andreoli & Paulo H. Bertolucci. Esta versão apresenta um coeficiente intra-classe de 0,88 e alpha de Cronbach de 0,80. Os resultados são semelhantes ao estudo original, o que torna possível a sua utilização e verificar qual a sobrecarga apresentada pelos cuidadores.

O inventário consiste em 22 questões que avaliam o impacto das actividades nos cuidados informais, quer no domínio físico, psicológico e social. Estas questões são de auto – preenchimento, o sujeito deve assinalar o critério que mais se adequa a si próprio tendo para o efeito, cinco critérios: “Nunca”, “Raramente”, “Algumas vezes”, “Frequentemente”, e “Sempre” com excepção da última questão em que os cinco critérios, embora avaliem a mesma intensidade, estão escritos de forma diferente (0=Nem um pouco, 1=Um pouco, 2=Moderadamente, 3=Muito, 4=Extremamente). Estes critérios correspondem à escala de 0 a 4, de acordo com a presença ou a intensidade de uma resposta afirmativa.

No tratamento de dados de um estudo publicado por Ankri J. & colaboradores (2005) sobre este inventário, é apresentado uma análise factorial a um factor com uma variância explicada de 41%, constituído pelos itens 6, 10, 11, 12, 13, 17 numa amostra de 152 sujeitos. No presente estudo, efectuou-se também uma análise factorial, obtendo-se um factor que descreve a sobrecarga em geral com um alpha de Cronbach de 0,85 e uma variância explicada de 30%, constituído pelos itens 2, 3, 5, 8, 9, 12, 14, 15, 16. (Quadro:1 e Anexos E e F)

Quadro1: Descrição das perguntas da Sobrecarga Geral a partir da análise factorial a um factor

Nº da pergunta	Descrição da pergunta	Loading factoriais
2	O Sr./Sra. sente que por causa do tempo que gasta com o S, não tem tempo suficiente para si?	0,575
3	O Sr./Sra. sente-se stressado(a) entre cuidar de S e as suas outras responsabilidades com a família e trabalho?	0,581
5	O Sr./Sra. sente-se irritado(a) quando S está por perto?	0,506
8	O Sr./Sra. sente que S depende de si?	0,746
9	O Sr./Sra. sente-se tenso(a) quando S está por perto?	0,495
12	O Sr./Sra. sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está a cuidar de S?	0,411
14	O Sr./Sra. sente que S espera que cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	0,764
15	O Sr./Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, juntamente com as suas outras despesas?	0,712
16	O Sr./Sra. sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	0,468

Nota: S significa o nome do idoso a quem é prestado o cuidado.

Questionário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus.

Segundo Savoia (1999), o questionário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, traduzido e adaptado por este investigador, apresenta resultados que correspondem à versão original, em inglês, e a sua tradução para o português. Engloba os pensamentos e as acções do sujeito perante uma situação stressante. Cada pergunta do questionário centraliza-se no processo de *coping* de uma situação particular e não no *coping* como estilos ou traços de personalidades.

É constituído por 66 itens, estratégias, com resposta ordinal de quatro posições (0= não usei essa estratégias, 1= usei pouco essa estratégia, 2= usei bastante essa estratégia, 3= usei

em grande quantidade essa estratégia), divididas em 8 sub-escalas, que correspondem às estratégias de coping por confronto; por distanciamento; por auto-controlo; por procura de suporte social; por aceitar a responsabilidade; por fuga ou evitamento; por resolução planeada de problemas e pela reavaliação positiva. (Quadro 2). Segundo Lazarus (1992), as pessoas utilizam 8 estratégias de coping perante uma situação indutora de Stress (in Ribeiro, J. & Santos, C. 2001).

Quadro 2: Descrição das Sub- Escalas de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman

Sub- Escalas	Definição	Itens das Sub-Escalas	Consistência Interna de Folkman & Lazarus	Consistência Interna do presente estudo
Confrontativo	Esforços agressivos com o objectivo de mudar a situação.	47, 17, 40, 34, 07, 28	0,70	0,60
Distanciamento	Esforços cognitivos de afastamento com o objectivo de não dar muita importância à situação.	41, 13, 44, 21, 06, 16, 10	0,61	0,42
Auto-Controlo	Esforços em controlar os sentimentos e acções	15, 14, 43, 54, 35	0,70	0,56
Procura de Suporte social	Esforços de procurar de suporte social a nível emocional e informativo	42, 45, 08, 31, 18, 22	0,76	0,74
Aceitar a Responsabilidade	Esforços no sentido de recompor a situação e reconhecimento de culpa no problema.	51,09,52, 29,48,25, 62	0,66	0,76
Fuga - Evitamento	Esforços cognitivos e comportamentais com o intuito de fugir e/ou evitar o problema.	58, 59	0,72	0,62
Resolução Planeada Problemas	Esforços focados no problema com o objectivo de o solucionar.	49,26,46, 01	0,68	0,46

Reavaliação positiva	Esforços sentidos como positivos, focados no crescimento pessoal. Existe uma abordagem à religião.	38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23	0,79	0,79
Nota Total	Média das oito sub-escalas	Todas		0,83

Neste questionário, a pontuação foi feita da seguinte forma: elaborou-se o somatório das respostas dos sujeitos dos itens que formam uma sub-escala. Este método é chamado de pontuações absolutas (Ribeiro, J. & Santos, C. 2001). O resultado total é a média de todas as pontuações obtidas nas 8 sub-escalas com um alpha de Cronbach de 0,83. (Anexos G e H)

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

A escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999) com o objectivo de medir a satisfação com o suporte social existente no sujeito. Esta escala apresenta uma consistência interna de 0,85.

Esta escala é constituída por 15 afirmações, é de auto-preenchimento e assume a forma de uma escala de Lickert, na qual o sujeito responde consoante o critério (existem cinco critérios: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”) que mais se adequa a si próprio.

A escala de Satisfação com o Suporte Social é caracterizada por quatro dimensões: Satisfação com os amigos (SA), Intimidade (I), Satisfação com a família (SF) e Actividades Sociais.

A cotação dos itens é concluída pela da seguinte forma: os itens assinalados por “A” recebem a pontuação “1”, os assinalados por “E” recebem a pontuação “5”. Os itens, 4,5,9,10,11,12,13,14,15 são cotados de forma inversa.

O resultado total é a média das pontuações obtidas nas quatro dimensões. A nota de cada dimensão é obtida através da média dos itens que a compõem. Quanto maior a pontuação obtida maior é a percepção de suporte social.

Verificou-se a consistência interna de cada dimensão (Fig.3 e Anexo I) e realizou-se um alpha de Cronbach da nota total. (Quadro 3 e Anexo J).

Quadro 3: Descrição da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Dimensões	Definição	Itens do Questionário	Consistência Interna da ESSS de Ribeiro	Consistência Interna do presente estudo
Satisfação com amigos (SA)	Satisfação com as amizades/amigos	3, 12, 13, 14, 15	0,83	0,77
Satisfação com a Intimidade (SI)	Percepção da existência de suporte social íntimo	1, 4, 5, 6	0,74	0,65
Satisfação com a Família (SF)	Satisfação com o suporte familiar existente	9, 10, 11	0,74	0,80
Satisfação com as Actividades Sociais (AS)	Satisfação com as actividades sociais que realiza	2, 7, 8	0,64	0,67
Nota Total	Média das quatro Dimensões	Todos		0,78

Procedimento

O presente trabalho pretende estudar em que medida os factores, Satisfação com o Suporte Social e Estratégias de *Coping* influenciam o Stress dos Cuidadores Informais de Idosos.

Os candidatos escolhidos neste trabalho preenchiam os requisitos necessários ao estudo, previamente definidos nos critérios de inclusão e exclusão. Os sujeitos desta amostra foram recrutados no concelho de Odemira, quer nas suas casas ou nos locais de trabalho pela amostragem intencional tipo-*snowball* (Atkinson & Flint, 2001), o que permitiu contactar, sucessivamente, vários cuidadores informais de idosos a partir de um dado participante.

Antes da aplicação dos questionários, os sujeitos foram informados do objectivo do estudo de forma a obter o seu consentimento informado. Foi explicado que não havia respostas certas ou erradas e garantiu-se o anonimato dos sujeitos. O conjunto de questionários foi aplicado aos sujeitos no mesmo dia, com o intuito de rentabilizar o tempo do investigador e a disponibilidade dos sujeitos.

A bateria de instrumentos abrange quatro questionários, aplicados pela seguinte ordem: um questionário sócio-demográfico construído para este estudo, um questionário sobre a Sobrecarga do Cuidador de Zarit, um questionário sobre Estratégias de *Coping* e uma escala de percepção do Suporte Social (Escala de Satisfação com o Suporte Social).

Durante a aplicação dos questionários, registaram-se os comentários feitos pelos sujeitos relativamente às provas, a determinados itens ou à própria situação de entrevista; anotou-se ainda sinais de alerta como o cansaço, relutância em abordar determinados temas e ideação suicida. Este procedimento permitiu detectar eventuais fontes de enviesamento, bem como encontrar possíveis explicações para os resultados encontrados.

A introdução dos dados foi feita no programa *SPSS 15.0* (SPSS 15.0, 2006), de forma a verificar a relação entre as variáveis, Suporte Social, Estratégias de Coping, dados sócio-demográficos e os seus efeitos na Sobrecarga do cuidador informal do idoso.

Em primeiro lugar fez-se uma análise factorial da variável Sobrecarga, obtendo-se um factor com um alpha de Cronbach de 0,85 (Anexo E). Em seguida, realizou-se a nota total das estratégias de coping que consiste na média dos resultados obtidos nas oito sub-escalas de estratégias de coping, com um alpha de Cronbach de 0,83 e a nota total das quatro dimensões da escala de satisfação com o suporte social, com um alpha de Cronbach de 0,78. De forma a responder às questões de investigação, utilizou-se uma correlação de *Pearson* entre a sobrecarga e a variável independente, stressores (número de horas por dia a prestar cuidados, dias por semana a cuidar do idoso e tempo de residência em anos com o idoso). Analisaram-se as variáveis estratégias de coping e suporte social individualmente, e concretizaram-se as correlações de *Pearson* entre a sobrecarga geral e as variáveis independentes, estratégias de coping e suporte social. As últimas correlações efectuadas foram, stressores e a satisfação com o Suporte Social, stressores e as estratégias de coping e por fim a satisfação com o suporte social com as estratégias de coping.

De modo a responder à última questão desta investigação, realizaram-se três regressões lineares múltiplas. A primeira regressão linear múltipla foi feita entre as variáveis independentes, stressores, estratégias de coping e a sobrecarga (variável dependente); a segunda, pelas variáveis independentes, stressores, satisfação com o suporte social e com a variável dependente, sobrecarga. Por fim a terceira, satisfação com o suporte social e as estratégias de coping (variáveis independentes) na sobrecarga (variável dependente) de forma a verificar o efeito entre as variáveis.

VIII - Resultados

Stressores e sobrecarga

A correlação entre os stressores e sobrecarga apresenta resultados significativos e positivos, ou seja, quanto maior a quantidade de dias por semana ou números de horas a prestar cuidados, maior é a sobrecarga do cuidador informal do idoso. A quantidade de anos de residência com idoso, embora apresente um valor significativo ($r = 0,235$), tem uma menor correlação quando comparado com os outros dois stressores relativamente à sobrecarga. (Anexo K)

Tabela 2: Correlação entre os stressores e a sobrecarga.

	Sobrecarga (<i>Pearson Correlation</i>)	Sig. (<i>2-tailed</i>)
Tempo de Residência com o Idoso (anos)	0,235(*)	0,023
Dias por semana a Cuidar do idoso	0,279(**)	0,006
Hora por dia a cuidar do idoso	0,390(**)	0,000

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

Estratégias de Coping

Os valores das médias referentes às Estratégias de coping utilizadas pela amostra, mostram-nos que a mais utilizada é o coping por autocontrolo ($M = 1,8374$ e $DP = 0,65788$) e a menos utilizada é a estratégia de confronto ($M = 1,0385$ e $DP = 0,63493$) perante uma situação indutora de stress na prestação de cuidados ao idoso. (Anexo L)

Estratégias de Coping e Sobrecarga

Relativamente à correlação entre estratégias de coping e Sobrecarga (Anexo M), nota-se que existe uma correlação muito significativa entre estas duas variáveis. Quanto maior for a Sobrecarga, maior é a utilização das estratégias de coping, com um maior destaque por coping por distanciamento ($r = 0,438$). O coping por Suporte Social não têm uma correlação ($r = 0,110$) significativa com a sobrecarga, assim como a Resolução Planeada do Problema ($r = 0,199$) que também não apresenta uma correlação significativa, embora estas sejam positivas (tabela 3).

Tabela 3: Correlação entre as estratégias de coping e a sobrecarga dos Cuidadores informais de idosos

	Sobrecarga (<i>Pearson Correlation</i>)	Sig. (2-tailed)
Coping por Confronto	0,291(**)	0,004
Coping por Distanciamento	0,438(**)	0,000
Coping por Autocontrolo	0,356(**)	0,000
Coping por Suporte Social	0,110	0,293
Coping por Aceitar a Responsabilidade	0,397(**)	0,000
Coping por Fuga e Evitamento	0,393(**)	0,000
Coping para Resolução Planeada do problema	0,199	0,052
Coping para Reavaliação Positiva	0,346(**)	0,001

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

Suporte Social

Numa escala de 1 a 5, em que o 1 corresponde a uma insatisfação com o suporte social e o 5 uma grande satisfação com o suporte social, podemos observar que a média da escala de satisfação com a amizade ($M = 3,34$) e a média da Satisfação com a Intimidade, ($M = 2,98$), que correspondem a uma indiferença na satisfação por parte dos sujeitos. Quanto à satisfação

familiar, a média é de aproximadamente 3,65, o que implica que a maioria dos indivíduos não estão satisfeitos com o suporte familiar. As actividades sociais têm uma média de aproximadamente 2,44, o que sugere que a amostra está satisfeita com o suporte social percebido em termos de actividades por parte dos cuidadores. (ANEXO N)

Suporte Social e Sobrecarga

Quanto à correlação entre a Sobrecarga e a Satisfação Social com o Suporte Social (Anexo O), podemos reparar que a correlação de uma forma geral é significativamente negativa. Quanto maior for a satisfação com o suporte social, menor será a sobrecarga do prestador de cuidados ao idoso. A correlação entre a variável sobrecarga e a Satisfação do Suporte Social com a Família, embora tenha um resultado negativo ($r = -0,154$) não é significativa.

Tabela 4: Correlação entre as várias dimensões da satisfação com o suporte social e a sobrecarga.

	Sobrecarga (<i>Pearson Correlation</i>)	Sig. (<i>2-tailed</i>)
Escala de Satisfação de Amizade	-0,287(**)	0.005
Escala de Satisfação com a Intimidade	-0,392(**)	0.000
Escala de Satisfação Familiar	-0,154	0,137
Escala de Satisfação das Actividades Sociais	-0,354(**)	0.000

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

Stressores e estratégias de coping

Através das correlações obtidas, podemos verificar (Tabela 5) que não existem correlações significativas entre as variáveis, stressores e as estratégias de coping.

Tabela 5: Correlação entre os stressores e as estratégias de coping

	Estratégias de coping (total)	Sig. (2-tailed)
Tempo de Residência com o Idoso (anos)	0,006	0,954
Dias por semana a Cuidar do idoso	0,165	0,119
Hora por dia a cuidar do idoso	0,156	0,143

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

Stressores e Satisfação com o Suporte Social

Após a análise das correlações entre os stressores e a satisfação com o suporte social, podemos observar que estas correlações são significativas para os stressores, dias por semana e horas por semana a prestar cuidados ao idoso. Estas correlações são negativas, ou seja, quanto maior a intensidade do stressor, menor é a satisfação com o suporte social.

Tabela 6: Correlação entre os stressores e a satisfação com o suporte social.

	Satisfação Suporte Social (total)	Sig. (2-tailed)
Tempo de Residência com o Idoso (anos)	-0,091	0,396
Dias por semana a Cuidar do idoso	-0,257(*)	0,012
Hora por dia a cuidar do idoso	-0,214(*)	0,041

* A correlação é significativa para $p < 0,05$

** A correlação é significativa para $p < 0,01$

Tendo como objectivo uma melhor compreensão da problemática em análise, recorreu-se ao modelo de regressão linear múltipla para estudar a relação entre as variáveis independentes, stressores, estratégias de coping, satisfação com o suporte social e a variável dependente, a sobrecarga do cuidador informal do idoso.

Stressores, Estratégias de Coping e Sobrecarga

Neste ponto, pretende-se observar a relação entre os Stressores e as Estratégias de Coping na Sobrecarga (Anexo P).

Na tabela 7 que se segue, verifica-se que no modelo 1, 16,3% da variação da sobrecarga do cuidador é explicada pelas estratégias de coping, e que 8,4% da variação da sobrecarga do cuidador informal do idoso é explicada pelos stressores. No modelo 2 pode-se observar que o conjunto das variáveis independentes, stressores e estratégias de coping, tem um valor de 24,7% da variação da sobrecarga.

Tabela 7: Sumário do Modelo de Regressão para os stressores, estratégias de coping e sobrecarga

Modelo	R	R Square	<i>Ajusted R square</i>
1	0,416 (a)	0,173	0,163
2	0,532 (b)	0,283	0,247

a Preditores: (Constant), Estratégias de coping (total)

b Preditores: (Constant), Estratégias de coping (total), Horas por Dia a Cuidar do Idoso, Tempo de Residência com o idoso, Dias por Semana a cuidar do idoso

De modo a verificar se os modelos são ajustados e significativos, fez-se uma Anova (ver tabela 8). Ambos os testes F, têm associado um nível de significância de 0,000, inferior ao erro tipo I do analista, ou seja, o modelo é estatisticamente significativo, ou seja, a sobrecarga é explicada por pelos menos uma das variáveis independentes. (Pestana, M. & Gageiro, J., 2003)

Tabela 8: Anova da regressão da sobrecarga entre stressores e estratégias de coping

Modelo		Soma dos quadrados	Df	Média ao quadr	F	Sig.
1	Regressão	15,358	1	15,358	17,158	0,000(a)
	Residual	73,398	82	0,895		
	Total	88,756	83			
2	Regressão	25,107	4	6,277	7,791	0,000(b)
	Residual	63,649	79	0,806		
	Total	88,756	83			

a Preditores: (Constant), Estratégias de coping (total)

b Preditores: (Constant), Estratégias de coping (total), Horas por Dia a Cuidar do Idoso, Tempo de Residência com o Idoso, Dias por Semana a Cuidar do Idoso

c Variável Dependente: sobrecarga

A partir do teste t (ver tabela 9), é possível averiguar se as variáveis independentes contribuem de igual forma na sobrecarga do prestador de cuidados ao idoso.

Tabela 9: Coeficientes em relação à sobrecarga entre stressores e estratégias de coping

Modelo		Coeficientes não-estandardizados		Coeficientes Estandarizados	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	0,061	0,103		0,590	0,557
	Estratégias de coping (total)	0,418	0,101	0,416	4,142	0,000
2	(Constant)	-0,739	0,532		-1,389	0,169
	Estratégias de coping (total)	0,359	0,098	0,357	3,654	0,000
	Horas por dia a cuidar do idoso	0,026	0,012	0,250	2,214	0,030
	Tempo de Residência com o Idoso	0,007	0,007	0,110	1,038	0,302
	Dias por Semana a Cuidar do Idoso	0,049	0,084	0,060	0,585	0,560

a. Variável Dependente: sobrecarga

Na tabela anterior verifica-se que o modelo 1, tem um nível de significância inferior a 0,005 associado ao teste t, pelo que se conclui que a variável estratégias de coping tem poder explicativo na sobrecarga. Contudo, no modelo 2, é possível observar que o stressor, horas por dia a cuidar do idoso, também tem um nível de significância inferior a 0,05 associado ao

teste t. A variável mais importante para a explicação da sobrecarga são as estratégias de coping e em seguida a variável horas por dia a cuidar do idoso, referente ao stressor.

Stressores, satisfação com o suporte social e sobrecarga

Pretende-se observar a relação entre os Stressores e a satisfação com o suporte social na Sobrecarga a partir da regressão linear múltipla. (Anexo Q)

Na tabela 10 é possível observar pelo coeficiente de determinação ajustado, que 10,8% da variação da sobrecarga do cuidador informal do idoso é explicada pela variação da satisfação com o suporte social, e que 11,4% da variação da sobrecarga é explicada pelos três stressores. O conjunto das variáveis independentes explica 22,2% da variação da sobrecarga.

Tabela 10: Sumário do Modelo de Regressão para os stressores, satisfação com o suporte social e sobrecarga

Modelo	R	R Square	<i>Adjusted R square</i>
1	0,345 (a)	0,119	0,108
2	0,509(b)	0,259	0,222

a Preditores: (Constant), Satisfacao Suporte Social (total)

b Preditores: (Constant), Satisfacao Suporte Social (total), Tempo de Residência com o Idoso, Dias por Semana a Cuidar do Idoso, Horas por Dia a Cuidar do Idoso

c Variável Dependente: sobrecarga

Em seguida, certificou-se que os modelos ajustados são significativos. Para tal, usou-se uma Anova.

Através da tabela 11, observa-se que segundo o erro tipo I do analista, ambos os testes F têm associado um nível de significância inferior a 0,005, ou seja, os modelos são estatisticamente significativos, ou seja, a sobrecarga é explicada por pelos menos uma das variáveis independentes.

Tabela 11: Anova da regressão da sobrecarga entre stressores e satisfação com o suporte social

Modelo		Soma dos quadrados	Df	Média ao quadrado	F	Sig.
1	Regressão	10,602	1	10,602	11,178	0,001(a)
	Residual	78,718	83	0,948		
	Total	89,320	84			
2	Regressão	23,108	4	5,777	6,980	0,000(b)
	Residual	66,213	80	0,828		
	Total	89,320	84			

a Preditores: (Constant), Satisfacao Suporte Social (total)

b Preditores: (Constant), Satisfacao Suporte Social (total), Tempo de Residência com o Idoso, Dias por Semana a Cuidar do Idoso, Horas por Dia a Cuidar do Idoso

c Variável Dependente: sobrecarga

Na tabela 12, pretendeu-se averiguar se ambas as variáveis independentes contribuem de igual forma na predição da sobrecarga. Verifica-se que somente a satisfação com o suporte social e o stressor, horas por dia a cuidar do idoso, possuem um teste t com nível de significância inferior a 0,005, pelo que se conclui que estas variáveis têm um poder explicativo na sobrecarga, pois os coeficientes de cada variável independente são diferentes de zero. A satisfação com o suporte social é a variável mais importante na explicação da sobrecarga.

Tabela 12: Coeficientes em relação à sobrecarga entre satisfação com o suporte social e stressores

Modelo		Coeficientes		Coeficientes	t	Sig.
		não-estandardizados		Estandarizados		
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	0,059	0,106		0,561	0,576
	Satisfacao Suporte Social (total)	-0,357	0,107	-0,345	-3,343	0,001
2	(Constant)	-1,027	0,475		-2,162	0,034
	Satisfacao Suporte Social (total)	-0,289	0,101	-0,279	-2,855	0,005
	Tempo de Residência com o Idoso	0,006	0,006	0,104	0,977	0,331

Dias por Semana a Cuidar do Idoso	0,090	0,075	0,122	1,196	0,235
Horas por Dia a Cuidar do Idoso	0,028	0,012	0,267	2,398	0,019

a. Variável Dependente: sobrecarga

Estratégias de Coping, satisfação com suporte social e Sobrecarga

Pretende-se observar a relação entre as Estratégias de Coping e a Satisfação com o suporte Social na Sobrecarga. (Anexo R)

Na tabela 13 que se segue, verifica-se que no modelo 1, 16,8% da variação da sobrecarga do cuidador é explicada pelas estratégias de coping, e que 8% da variação da sobrecarga do cuidador informal do idoso é explicada pela satisfação com o suporte social. No modelo 2 pode-se observar que o conjunto das variáveis independentes, estratégias de coping e satisfação com o suporte social, apresenta um valor de 24,8% da variação da sobrecarga.

Tabela 13: Sumário do Modelo de Regressão para satisfação com o suporte social, estratégias de coping na sobrecarga

Modelo	R	R Square	<i>Ajusted R square</i>
1	0,422 (a)	0,178	0,168
2	0,516 (b)	0,266	0,248

a Preditores: (Constant), Estrategias de coping (total)

b Preditores: (Constant), Estrategias de coping (total), Satisfacao Suporte Social (total)

c Variável Dependente: sobrecarga

Em seguida, certificou-se que os modelos ajustados são significativos. Para tal, usou-se uma Anova.

Através da tabela 14, observa-se que segundo o erro tipo I do analista, ambos os testes F têm associado um nível de significância inferior a 0,005, ou seja, os modelos são estatisticamente significativos, ou seja, a sobrecarga é explicada por pelos menos por uma das variáveis independentes.

Tabela 14: Anova da regressão da sobrecarga entre a satisfação com o suporte social e estratégias de coping

Modelo		Soma dos quadrados	df	Média ao quadrado	F	Sig.
1	Regressão	16,035	1	16,035	17,374	0,000(a)
	Residual	73,835	80	0,923		
	Total	89,869	81			
2	Regressão	23,924	2	11,962	14,330	0,000(b)
	Residual	65,945	79	0,835		
	Total	89,869	81			

a Preditores: (Constant), Estrategias de coping (total)

b Preditores: (Constant), Estrategias de coping (total), Satisfacao Suporte Social (total)

c Variável Dependente: sobrecarga

Na tabela 15, pretendeu-se averiguar se ambas as variáveis independentes contribuem de igual forma na predição da sobrecarga. Verifica-se que possuem um teste t com nível de significância inferior a 0,005, pelo que se conclui que estas variáveis têm um poder explicativo na sobrecarga, pois os coeficientes de cada variável independente são diferentes de zero.

Na análise da tabela podemos observar a existência de relações negativas entre a satisfação com o suporte social e a sobrecarga, uma vez que os coeficientes beta e B têm valores negativos. Quanto maior for a satisfação com o suporte social, menor é a sobrecarga do cuidador informal do idoso. As estratégias de coping apresentam um valor positivo, o que significa que quanto maior a sobrecarga maior é a utilização de estratégias de coping.

Tabela 15: Coeficientes em relação à sobrecarga para a satisfação com o suporte social, estratégias de coping

Modelo		Coeficientes não-estandardizados		Coeficientes Estandarizados	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	0,035	0,106		0,330	0,742
	Estrategias de coping (total)	0,437	0,105	0,422	4,168	0,000
2	(Constant)	0,024	0,101		0,233	0,817

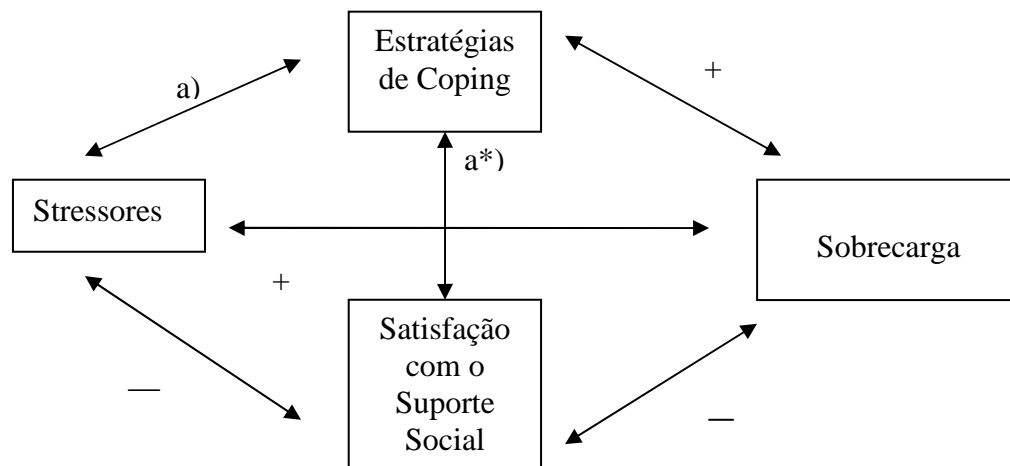
Estratégias de coping (total)	0,393	0,101	0,379	3,893	0,000
Satisfação Suporte Social (total)	-0,324	0,105	-0,299	-3,074	0,003

a. Variável Dependente: sobrecarga

Ao analisar a tabela, podemos observar que ambas as variáveis têm impacto na Sobrecarga.

Como nota final, é apresentada a figura 1 que ilustra as relações anteriormente testadas.

Figura 1: Resumo das relações dos resultados obtidos



Legenda:

- a) Não existem correlações significativas
- a*) Não existem correlações significativas (Anexo S)
- +) As correlações são positivas e significativas
-) As correlações são negativas e significativas

Pela figura anterior, podemos observar que existe uma relação positiva entre stressores e sobrecarga. Quanto maior for a exposição ao stressor, maior é a sobrecarga do cuidador. Quanto maior for a intensidade do stressor, menor é a satisfação com o suporte social, que por sua vez quanto maior for a satisfação com o suporte social, menor é a sobrecarga do prestador de cuidados do idoso.

Por outro lado, não se verificam associações significativas entre os stressores e as estratégias de coping e entre esta última variável e a satisfação com o suporte social.

A utilização de estratégias de coping está associada a uma maior sobrecarga

IX- Discussão

O stress ocorre quando existe um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas aos cuidadores informais de idosos e os seus recursos, estratégias de coping e satisfação com o suporte social, na capacidade de resolução dos problemas. Portanto, o presente trabalho procura compreender em que medida os factores, Satisfação com o Suporte Social e Estratégias de Coping influenciam a Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Idosos.

Através da análise dos dados sócio-demográficos obtidos verifica-se que 81% da amostra é constituída por mulheres, e que 49% dos cuidadores informais são os filhos dos idosos. Este resultado vai ao encontro do que nos dizem Cerqueira, M., Figueiredo, D.& Sousa, L. (2004).

Com base nos resultados adquiridos e em resposta às questões de investigação, conclui-se que a relação entre stressores, quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, e a sobrecarga do cuidador informal é positiva e significativa. Com um maior destaque para o stressor, horas por dia a cuidar do idoso que apresenta a correlação mais forte entre os stressores. Este resultado vai ao encontro da nossa hipótese testada, quanto maior for a exposição aos stressores, maior é a sobrecarga do cuidador.

Em relação à correlação obtida entre as estratégias de coping e sobrecarga, verificou-se a existência de uma relação significativa e positiva. A utilização das estratégias de coping, está associada a uma maior sobrecarga do prestador de cuidados informais. Estes resultados infirmam a hipótese estabelecida.

O coping por suporte social não obteve uma correlação significativa com a sobrecarga. Ao contrário da escala de satisfação com o suporte social, esta escala de coping não avalia a satisfação dos cuidadores informais de idosos. É de salientar que o coping por resolução planeada do problema, também não teve uma correlação significativa com a sobrecarga, possivelmente pelo conformismo mostrado por esta amostra.

Quanto à relação entre a Satisfação com o Suporte Social e a sobrecarga do cuidador informal, deparamo-nos que em todas as dimensões a relação é negativa e de uma forma geral é significativa, ou seja, a satisfação com o suporte social está associada a uma menor

Sobrecarga. Rodin e Salovey (1989) dizem que o suporte social alivia o distress em situação de crise (cit. por Ribeiro, 1999). Este resultado está de acordo com a hipótese de investigação, embora a relação entre sobrecarga e satisfação familiar não seja significativa, possivelmente porque os cuidadores informais de idosos sentem que deveriam receber mais ajuda dos familiares.

No que diz respeito à relação entre os stressores, quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, e estratégias de Coping, curiosamente não houve correlações significativas neste estudo. Este resultado obtido infirma a hipótese em questão “Espera-se que os Stressores, a quantidade temporal por dia, por semana e anos de cuidados prestados ao idoso, estejam associados a uma maior utilização das Estratégias de Coping.”.

Ao contrário da teoria, os mecanismos de coping não estão associados ao stressor, mas sim à sobrecarga.

Através dos resultados obtidos pela correlação de *Pearson*, entre stressores e satisfação com o suporte social, observa-se que a relação é negativa e significativa. É excepção a relação de tempo de residência com o idoso em anos e a satisfação com o suporte social visto não apresentar uma relação significativa. De uma forma geral, podemos concluir que quanto maior for a exposição ao stressor, menor é a satisfação com o suporte social por parte dos cuidadores informais. Esta análise afirma a nossa hipótese.

Em resposta à última questão de investigação, “Encontram-se as dimensões que caracterizam as principais variáveis em estudo, estratégias de coping, satisfação com o suporte Social, Stressores e Sobrecarga, relacionadas entre si?”, verifica-se que a partir das regressões múltiplas efectuadas, a variável estratégias de coping tem um maior impacto na variação da sobrecarga que os stressores, e que ambas as variáveis estão relacionadas entre si.

No que diz respeito à relação dos stressores com a satisfação com o suporte social na sobrecarga, verifica-se que ambas têm impacto na sobrecarga. Os stressores, tempo de residência a tomar conta do idoso em anos e dias por semana a cuidar do idoso não têm poder explicativo na sobrecarga, comparativamente às horas por dia a cuidar do idoso.

Quando se associa as variáveis estratégias de coping com a satisfação do suporte social na sobrecarga, verifica-se que ambas têm impacto na variação da sobrecarga, embora as estratégias de coping apresentem uma associação positiva significativa enquanto que a satisfação com o suporte social tem uma associação negativa significativa.

Desta forma, com base nos resultados obtidos e na literatura, concluímos que para esta amostra, existem relações significativas entre as variáveis Stressores, Estratégias de coping e Satisfação com o suporte social na sobrecarga.

Concluiu-se que a satisfação com o suporte social ajuda na redução do stress, sobrecarga. Quanto maior for a satisfação com o suporte social menor será a sobrecarga do cuidador informal do idoso. É possível sugerir uma explicação para esta “causa – efeito”: se o cuidador estiver satisfeito com o seu suporte social pode facilmente recorrer a amigos, familiares para pedir ajuda ou simplesmente para desabafar, tendo também mais tempo para se dedicar a si próprio, reduzindo os efeitos do distress.

Quanto à utilização das estratégias de coping nesta amostra, concluiu-se que a sua utilização não diminui a sobrecarga dos prestadores de cuidados a idosos. Segundo Beresford (1994), as estratégias de coping têm-se mostrado subjectivas e deverão ser vistas como independentemente do seu resultado.

Fica a questão em aberto, se a utilização das estratégias de coping leva a uma maior sobrecarga ou se a sobrecarga leva a uma maior utilização das estratégias de coping como consequência desta. Será que o coping influencia a sobrecarga, ou será o coping influenciado por esta?

Para futuras investigações neste campo, deverá ser efectuada uma réplica deste estudo com uma amostra mais abrangente da população em questão, visto que este estudo foi elaborado com base numa amostra de 100 participantes, e deverá ser utilizada uma escala de sobrecarga dos cuidadores informais de idosos, aferida para a população portuguesa, de forma a assegurar a sua validação como para averiguar se realmente existem ou não associações entre as dimensões mencionadas neste estudo. É sugerido que se estude a causalidade entre a sobrecarga e as estratégias de coping.

Este estudo contribuiu para que tenhamos a noção de que, os cuidadores informais de idosos são um alvo constante do impacto negativo do stress, ou seja, do distress e que devemos apostar no suporte social como mediador do impacto do *strain* nesta população.

Sabendo o efeito benéfico do suporte social na percepção das consequências dos cuidados, este deverá ser a fonte primordial de trabalho dos profissionais ligados aos cuidados familiares das pessoas idosas (Lage, 2005). É sugerido como medida de prevenção e/ou intervenção na diminuição do stress, a formação de grupos de auto - ajuda de cuidadores informais de idosos acompanhados por um psicólogo, onde se promova o bem-estar e a

qualidade de vida destes. Esta sugestão deveria passar pelas autarquias locais, centros de saúde e até mesmo pelos lares de terceira idade, com o objectivo de incentivar o cuidador informal do idoso a participar nesta iniciativa. Em Portugal, o trabalho dos cuidadores informais de idosos é pouco reconhecido, muitos deles não vivem, sobrevivem.

X- Referências

- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33. Consultado em Novembro de 2008 através de: www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html
- Ankri, J. et al (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 254-260.
- Antoniuzzi, A., Bandeira, D. & Dell'Aglia, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294
- Beresford, B.A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209. Consultado em Setembro de 2008 através de: <http://mc.manuscriptcentral.com/jcpp-camh>
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bridges, L. (2003). Coping as an Element of Developmental Well-Being. In Bornstein, M., Davidson, L., Keyes, C., & Moore, K., *Well-Being – Positive Development Across the Life Course* (pp.154-166). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Consultado em Novembro de 2008 através de: <http://books.google.pt>
- Burr, W., & Klein, S. (1994). *Reexamining Family Stress – New Theory and Research*. London: Sage Publications.
- Carreira, H. M. (1996). As políticas sociais em Portugal. In Barreto, A. (Org.), *A situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp.365- 498). Lisboa: Instituto de Ciências da Universidade de Lisboa.
- Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and Social Psychology*, 66, 184-195
- Castro, J.J. & Santos, A. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 675-690.
- Cerqueira, M., Figueiredo, D. & Sousa, L. (2004). *Envelhecer em Família – Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.
- Chrousos, G., & Gold, P. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. *JAMA*, 267, 1244-1252. Consultado em Abril de 2008 através de: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/267/9/1244>

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314. Consultado em Abril de 2008 através de: <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/38/5/300>
- Cox, T. (1993). *Stress research and stress management putting theory to work*. Centre for Organizational Health and Development, in Department of Psychology, HSE, University of Nottingham, NG7, 2RD.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Carodoso, C. C. (2004). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH
- Dewe, P., Cox, T. & Ferguson, E. (1993). Individual strategies for coping with stress at work: a review. *Work & Stress*, 7(1), 5-15.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326- 349). New York: Cambridge University Press
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*; Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, J. C. & Simonetti, J. P. (2008). Estratégias de Coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista Escolar de Enfermagem*, 42 (1), 19-25
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2002). Cuide (Cuidadores de idosos na Europa): Um instrumento de avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados a idosos, *Revista Psychologica*, 31, 153-159.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Stress process and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113. Consultado a 6 de Julho de 2008 através da base de dados PsycINFO.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Campus do saber; 8.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gaspar, T. (2006). “Suporte Social ao longo da vida”, *Revista Psicologia actual*, 8, 87-88.

- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering midlife, mid career. *Psychology and Health*, 11, 715-731.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.203-225). Lisboa: Climepsi.
- Lazarus, R. (1992). Coping with stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp.11-31). WHOLIS Regional Publications. European Series, 44. Consultado em Maio, 18, de 2008 através de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=WHOLIS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9289013079&indexSearch=ID>
- Leal, I. & Varela, M. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama, *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488
- Lopes, P.(2004). *Qualidade de vida e Suporte Social do Idoso no Meio Rural e no Meio Urbano: Um Estudo Comparativo e Correlacional* (Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Martim, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In A. Fonseca, & C. Paul (Eds.) *Envelhecer em Portugal*. (pp.179-198). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mendonça, F., Martins M. & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*, 127, 33-49.
- Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: Toward clarification of evidence and theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 203-255. Consultado em Maio, 18, de 2008 através de: http://books.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=uP_b0IdUeDMC&oi=fnd&pg=PA203&dq=%22Miller%22+%22Predictability+and+human+stress:+Toward+a+clarification+...%22+&ots=PIi0Kc1qcL&sig=10f1wTtnI_5vLjXK9NCKchPwj9M
- Ornelas, J.(1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação, *Análise Psicológica*, 2-3_(XII), 333-339
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). (3ªed.) *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Quick, J. C., Quick, J.D., Nelson, D.L. & Hurrell, J. J. (1997). Stress in Organizations. *Preventive Stress Management in Organizations* (pp. 1-18). Washington, DC: APA
- Ribeiro, J..P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.

- Ribeiro, J.P.& Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses, *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502.
- Robson C. (1993). *Real world research: a resource for social scientists and practitioners-researchers*. Oxford: Blackwell
- Rudolph, K. D., Dennings, M.D., & Weisz, J.R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328- 357.
- Ryan- Wenger, N. M.(1992).A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 256-263.
- Savoia, M.G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Revista de Psiqui Clínica*, 26 (2). Consultado em Maio, 12, de 2008 através de [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(57\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(57).htm)
- Serafino, E. (1994). *Health psychology: Biopsichosocial interactions* (2ªed.). New York: Wiley
- Seyle, H.(1936).The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *Journal of clinical endocrinology*, 6, 117.
- Shulz,R. & Quittner, A. (1998). Caregiving through the life span: an overview and future directions. *Health Psychology*, 17, 107-111.
- Singer, J. E., & Lord, D.(1984).The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and Health* (IV Vol.) (pp.269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. Consultado a 6 de Setembro de 2008 através da base de dados PsycARTICLES
- SPSS 15.0 (2006).*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, Rel. 15.0.0.2006. Chicago: SPSS Inc.
- Taub, A. et al (2004, Abril).Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cadernos de Saúde Pública* (Vol.20, 2). Consultado em Maio, 18, 2008 através de Scielo Public Health database.
- Thompson, L.; Gallagher-Thompson, D. (1996). Practical issues related to maintenance of mental health and positive well-being in family caregivers. In L. Carstensen, B. Edelstein & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousands Oaks, Sage Publications, pp. 129-152
- Tremethick, M. J. (1997).Thriving not just surviving: The importance of social support among the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35 (9), 27-31.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Gráfica de Coimbra, Lda

- Velásquez, M.(1998). As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In U. Margarida Karsch (Org.), *Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo, Educ, pp. 87-146.
- Vidal, M.(1996). *Para compreender la soliedaridad*. Pamplona, Verbo Divino.
- Westphal, A.C. et al (2005). Comparação da Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores de Pacientes com Epilepsia por Esclerose Mesial Temporal e Epilepsia Mioclônica Juvenil. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11(2), 71-76. Consultado em Abril, 16, de 2008 através de <http://www.epilepsia.org.br/epi2002/JE2p71-6.pdf>
- Winnubst, J. A. N. (1984). Stress in Organizations. In P. J. D. Drenth, H. Thierry, P. J. Willems & C. J. de Wolff (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology* (pp. 553-571). New York: Wiley

XI - ANEXOS

Anexo A

Dados de Identificação

Data: ____/____/____

Género de Pertença: 1- M ____; 2- F ____

Idade: ____ anos

Estado Civil:

- 1- Solteiro(a) ____
- 2- Casado(a) / União de facto ____
- 3- Divorciado(a) ____
- 4- Viúvo(a) ____

Habilitações Literárias:

- 1- Nenhuma ____
- 2- Primário ____
- 3- Básico ____
- 4- Secundário ____
- 5- Universitário ____

Profissão: _____

- 1- Desempregado(a) ____
- 2- Tempo inteiro ____
- 3- Part-time ____

Meio de residência:

- 1- Rural ____
- 2- Urbana ____

Grau de Parentesco: _____

Tempo de residência com o idoso ____ (anos)

Número de pessoas a residir na mesma casa ____

Conhecimento prévio de como cuidar de um idoso 1- Sim ____
2- Não ____

Qual o motivo de cuidar do idoso? 1- Doença ____
2- Solidão ____
3- Outros ____

Existe divisão de tarefas no cuidado ao idoso? 1- Sim ____
2- Não ____

Anexo B

INVENTÁRIO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam da outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira: nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente, ou sempre. Não existem respostas certas ou erradas.

(S = Sujeito)

- 0 NUNCA
- 1 RARAMENTE
- 2 ALGUMAS VEZES
- 3 FREQUENTEMENTE
- 4 SEMPRE

1. O Sr/Sra sente que S pede mais ajuda do que ele/ela realmente necessita?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
3. O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e trabalho?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
4. O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento de S?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
5. O Sr/Sra se sente irritado(a) quando S está por perto?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
 - 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
9. O Sr/Sra se sente tenso(a) quando S está por perto?
 - 0 NUNCA

Westphal AC, Alonso NB, Silva TI, et al.

- 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dela/dele, como se fosse o Sr/Sra a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
- 0 NUNCA
 - 1 RARAMENTE
 - 2 ALGUMAS VEZES
 - 3 FREQUENTEMENTE
 - 4 SEMPRE
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?
- 0 NEM UM POUCO
 - 1 UM POUCO
 - 2 MODERADAMENTE
 - 3 MUITO
 - 4 EXTREMAMENTE

Anexo C

Inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stress que experienciou recentemente na sua vida como cuidador do idoso. Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiado pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

0 não usei essa estratégia

1 usei um pouco

2 usei bastante

3 usei em grande quantidade

1. Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir, no próximo passo	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma actividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar, a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0	1	2	3
9. Critiquei-me ou analisei-me a mim própria	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. Tentei guardar para mim o que estava a sentir	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
22. Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa	0	1	2	3
25. Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
26. Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3

30. Sai desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
32. Tentei esquecer o problema	0	1	2	3
33. Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos	0	1	2	3
34. Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei nova esperança	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrei os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
40. Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não deixei que a situação me afectasse, recusei-me a pensar muito sobre a situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou familiar para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
44. Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
46. Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
47. Passei o problema para os outros	0	1	2	3
48. Aproveitei as minhas experiências passadas, já estive envolvido em situações semelhantes	0	1	2	3
49. Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
50. Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
51. Prometi a mim próprio(a) que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
52. Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que aconteceu ou como me senti	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim próprio(a)	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a), imaginava um lugar ou tempos melhores do que aqueles que eu estava a passar	0	1	2	3
58. Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer ou o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Disse a mim mesmo (a) que as coisas podiam ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri, ou fiz exercícios	0	1	2	3

Adaptado por Savoia *et al.* (1976) do original de Folkman & Lazarus (1985).

Anexo D

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1- Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6- Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7- Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8- Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, ect.)	A	B	C	D	E
9- Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11- Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12- Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14- Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15- Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

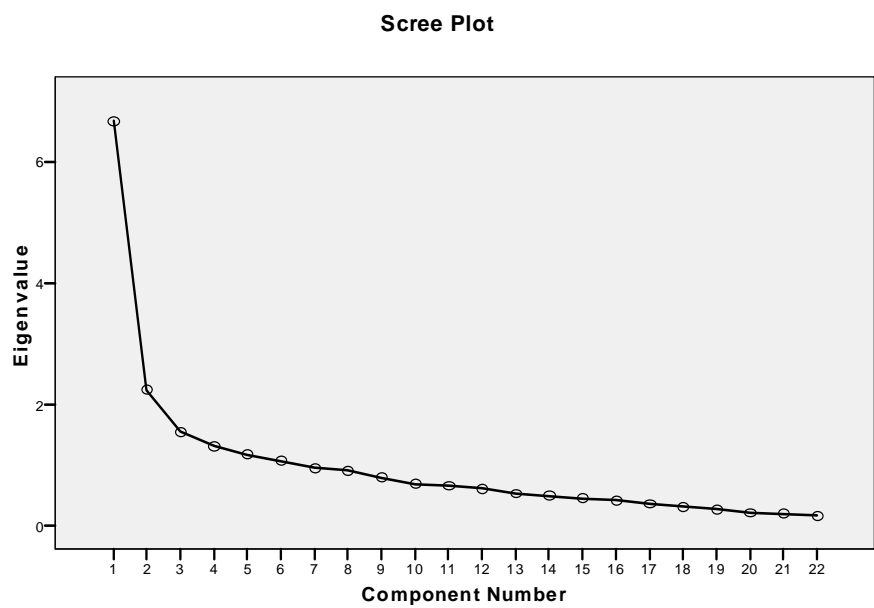
Anexo E

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,808
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	834,164
	df	231
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,664	30,290	30,290	6,664	30,290	30,290	4,087	18,577	18,577
2	2,232	10,148	40,437	2,232	10,148	40,437	2,255	10,248	28,825
3	1,542	7,009	47,446	1,542	7,009	47,446	2,214	10,066	38,890
4	1,307	5,943	53,389	1,307	5,943	53,389	1,999	9,087	47,977
5	1,172	5,326	58,715	1,172	5,326	58,715	1,992	9,053	57,030
6	1,065	4,842	63,558	1,065	4,842	63,558	1,436	6,528	63,558
7	,953	4,331	67,889						
8	,905	4,114	72,003						
9	,789	3,587	75,590						
10	,687	3,121	78,711						
11	,658	2,989	81,700						
12	,609	2,767	84,467						
13	,531	2,416	86,883						
14	,492	2,237	89,120						
15	,450	2,045	91,165						
16	,418	1,899	93,065						
17	,361	1,641	94,706						
18	,315	1,434	96,140						
19	,271	1,233	97,373						
20	,214	,972	98,345						
21	,194	,884	99,229						
22	,170	,771	100,000						



Rotated Component Matrix(a)

	Component					
	1	2	3	4	5	6
1 Inventário da sobrecarga do cuidador	,289	-,107	,196	,064	,376	-,657
2 Inventário da sobrecarga do cuidador	,575	,159	,275	-,007	,227	,003
3 Inventário da sobrecarga do cuidador	,581	,361	,133	-,054	,106	,189
4 Inventário da sobrecarga do cuidador	-,117	,118	,800	,018	,049	-,075
5 Inventário da sobrecarga do cuidador	,506	,257	,427	-,032	,097	-,134
6 Inventário da sobrecarga do cuidador	,212	,110	,652	,033	,167	-,047
7 Inventário da sobrecarga do cuidador	,208	-,036	-,046	,030	,199	,816
8 Inventário da sobrecarga do cuidador	,746	,232	,000	-,186	,149	,031
9 Inventário da sobrecarga do cuidador	,495	,241	,419	-,097	,021	,258
10 Inventário da sobrecarga do cuidador	,309	,635	,266	-,058	,231	,286
11 Inventário da sobrecarga do cuidador	,215	,768	,167	,077	,159	-,052
12 Inventário da sobrecarga do cuidador	,411	,662	,203	,012	,249	-,072
13 Inventário da sobrecarga do cuidador	,175	,262	,540	,363	,044	-,075
14 Inventário da sobrecarga do cuidador	,764	,010	,096	-,156	-,148	-,002
15 Inventário da sobrecarga do cuidador	,712	,121	-,082	,311	,099	,040
16 Inventário da sobrecarga do cuidador	,468	,143	,105	,036	,460	,058
17 Inventário da sobrecarga do cuidador	,301	,370	,073	-,040	,643	,012
18 Inventário da sobrecarga do cuidador	-,078	,172	,112	-,030	,710	,004
19 Inventário da sobrecarga do cuidador	,258	-,249	,409	,314	,446	,285
20 Inventário da sobrecarga do cuidador	-,097	,101	,019	,883	-,100	,063
21 Inventário da sobrecarga do cuidador	-,052	-,090	,107	,885	,088	-,074
22 Inventário da sobrecarga do cuidador	,592	,317	,040	,128	,407	-,139

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 8 iterations

Anexo F

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,852	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
2 Inventário da sobrecarga do cuidador	17,35	66,085	,605	,834
3 Inventário da sobrecarga do cuidador	16,72	67,459	,605	,834
5 Inventário da sobrecarga do cuidador	18,29	67,649	,574	,837
8 Inventário da sobrecarga do cuidador	16,36	68,397	,632	,834
12 Inventário da sobrecarga do cuidador	17,56	63,692	,627	,831
14 Inventário da sobrecarga do cuidador	16,82	66,069	,534	,840
15 Inventário da sobrecarga do cuidador	17,62	65,681	,553	,839
16 Inventário da sobrecarga do cuidador	17,95	68,709	,523	,841
9 Inventário da sobrecarga do cuidador	18,06	65,213	,585	,835

Anexo G

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,606	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	5,05	10,111	,417	,527
17 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	5,45	11,693	,259	,592
28 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	4,18	10,399	,424	,527
34 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	5,49	11,222	,318	,570
40 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	4,99	10,484	,299	,583
47 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	5,50	11,304	,328	,566

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,418	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
10 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,54	11,746	,173	,389
6 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,59	11,012	,280	,334
13 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,85	11,098	,208	,370
16 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	8,54	13,443	-,018	,472
21 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,75	11,907	,096	,434
41 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,85	10,755	,289	,326
44 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,66	11,035	,319	,318

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,564	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
14 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	6,96	7,339	,389	,467
15 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,04	8,122	,398	,471
35 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,50	9,634	,084	,635
43 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,14	7,196	,447	,430
54 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	7,07	8,335	,335	,504

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,742	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
8 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	8,36	14,962	,494	,702
18 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	8,20	17,117	,359	,736
22 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	9,14	16,521	,314	,754
31 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	8,63	14,111	,665	,651
42 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	8,37	14,361	,611	,667
45 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	8,33	16,119	,458	,712

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,758	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
9 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	9,92	18,524	,569	,707
25 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	10,39	19,792	,395	,747
29 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	10,46	18,149	,597	,700
48 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	10,03	19,234	,464	,731
51 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	9,77	20,384	,415	,740
52 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	9,99	19,888	,488	,726
62 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	9,74	21,073	,405	,742

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,624	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
58 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	1,50	1,552	,454	.(a)
59 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	1,90	1,495	,454	.(a)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,458	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
49 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	4,84	5,300	,223	,423
1 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	5,43	5,350	,141	,498
26 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	5,26	4,338	,273	,378
46 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	4,80	4,122	,428	,213

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,786	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
20 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	12,28	31,913	,476	,765
30 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	12,23	34,181	,333	,785
36 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	12,05	31,637	,570	,752
38 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	11,98	32,268	,526	,758
39 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	11,90	33,330	,444	,770
56 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	11,99	32,794	,475	,765
60 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	12,09	33,198	,403	,776
63 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	12,52	33,922	,402	,775
23 Inventário de estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	12,02	30,515	,632	,742

Anexo H

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,825	8

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
coping por confronto	1,0385	,63493	91
coping por distanciamento	1,3391	,53352	91
coping por autocontrolo	1,8374	,65788	91
coping por suportesocial	1,7051	,76541	91
coping por Aceitar a Responsabilidade	1,7049	,72494	91
coping por Fuga e Evitamento	1,7363	1,05499	91
coping para Resolução Planeada do problema	1,7143	,66413	91
coping para Reavaliação Positiva	1,5519	,70826	91

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
coping por confronto	11,5889	12,206	,631	,508	,795
coping por distanciamento	11,2883	13,606	,386	,255	,823
coping por autocontrolo	10,7900	12,746	,475	,400	,814
coping por suportesocial	10,9222	12,483	,433	,376	,821
coping por Aceitar a Responsabilidade	10,9225	11,124	,778	,688	,772
coping por Fuga e Evitamento	10,8911	10,746	,514	,304	,822
coping para Resolução Planeada do problema	10,9131	12,474	,532	,419	,807
coping para Reavaliação Positiva	11,0755	11,368	,741	,610	,778

Anexo I

Reliability Statistics SA

Cronbach's Alpha	N of Items
,767	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
3 Escala de Satisfação com o Suporte Social	14,16	16,285	,334	,798
12 Escala de Satisfação com o Suporte Social	12,99	14,427	,600	,703
13 Escala de Satisfação com o Suporte Social	13,79	13,811	,613	,697
14 Escala de Satisfação com o Suporte Social	13,22	14,546	,572	,713
15 Escala de Satisfação com o Suporte Social	12,68	15,491	,611	,707

Reliability Statistics SI

Cronbach's Alpha	N of Items
,648	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1 Escala de Satisfação com o Suporte Social	9,32	9,517	,485	,538
4 Escala de Satisfação com o Suporte Social	8,50	9,675	,499	,527
5 Escala de Satisfação com o Suporte Social	8,19	11,271	,428	,582
6 Escala de Satisfação com o Suporte Social	9,84	11,746	,311	,656

Reliability Statistics SF

Cronbach's Alpha	N of Items
,808	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
9 Escala de Satisfação com o Suporte Social	6,98	6,536	,653	,744
11 Escala de Satisfação com o Suporte Social	7,21	5,923	,775	,620
10 Escala de Satisfação com o Suporte Social	7,68	6,033	,566	,847

Reliability Statistics AS

Cronbach's Alpha	N of Items
,672	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7 Escala de Satisfação com o Suporte Social	4,83	5,900	,559	,479
8 Escala de Satisfação com o Suporte Social	4,61	5,392	,550	,485
2 Escala de Satisfação com o Suporte Social	5,18	7,321	,360	,725

Anexo J

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,780	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Escala de Satisfação Suporte Social Amizade	3,3191	,93501	94
Escala de Satisfação de Suporte social Intimidade	2,9814	1,03646	94
Escala de Satisfação de Suporte social Família	3,6418	1,16217	94
Escala de Satisfação de suporte social Actividades sociais	2,4539	1,18115	94

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Escala de Satisfação Suporte Social Amizade	9,0771	6,797	,747	,657
Escala de Satisfação de Suporte social Intimidade	9,4149	6,660	,669	,685
Escala de Satisfação de Suporte social Família	8,7544	6,534	,577	,732
Escala de Satisfação de suporte social Actividades sociais	9,9424	7,326	,405	,825

Anexo K

Correlations

		Tempo de Residência com o Idoso	Dias por Semana a Cuidar do Idoso	Horas por Dia a Cuidar do Idoso	sobrecar ga factor1
Tempo de Residência com o Idoso	Pearson Correlation	1	,180	,429(**)	,235(*)
	Sig. (2-tailed)		,080	,000	,023
	N	96	96	93	93
Dias por Semana a Cuidar do Idoso	Pearson Correlation	,180	1	,352(**)	,279(**)
	Sig. (2-tailed)	,080		,000	,006
	N	96	100	97	97
Horas por Dia a Cuidar do Idoso	Pearson Correlation	,429(**)	,352(**)	1	,390(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	93	97	97	94
sobrecarga factor1	Pearson Correlation	,235(*)	,279(**)	,390(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,023	,006	,000	
	N	93	97	94	97

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo L

		N	%
Cases	Valid	91	91,0
	Excluded(a)	9	9,0
	Total	100	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

	Mean	Std. Deviation	N
coping por confronto	1,0385	,63493	91
coping por distanciamento	1,3391	,53352	91
coping por autocontrolo	1,8374	,65788	91
coping por suportesocial	1,7051	,76541	91
coping por Aceitar a Responsabilidade	1,7049	,72494	91
coping por Fuga e Evitamento	1,7363	1,05499	91
coping para Resolução Planeada do problema	1,7143	,66413	91
coping para Reavaliação Positiva	1,5519	,70826	91

Anexo M

		sobrecarga factor1	coping por confronto	coping por distanciamento	coping por autocontrolo	coping por suportesocial
sobrecarga factor1	Pearson	1	,291(**)	,438(**)	,356(**)	,110
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)		,004	,000	,000	,293
	N	97	95	97	95	94
coping por confronto	Pearson	,291(**)	1	,360(**)	,261(**)	,483(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,004		,000	,010	,000
	N	95	98	98	97	96
coping por distanciamento	Pearson	,438(**)	,360(**)	1	,453(**)	,085
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,411
	N	97	98	100	98	97
coping por autocontrolo	Pearson	,356(**)	,261(**)	,453(**)	1	,065
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	,000		,532
	N	95	97	98	98	96
coping por suportesocial	Pearson	,110	,483(**)	,085	,065	1
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,293	,000	,411	,532	
	N	94	96	97	96	97
coping por Aceitar a Responsabilidade	Pearson	,397(**)	,590(**)	,466(**)	,592(**)	,304(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,003
	N	96	97	99	97	96
coping por Fuga e Evitamento	Pearson	,393(**)	,462(**)	,304(**)	,296(**)	,326(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002	,003	,001
	N	95	96	98	96	95
coping para Resolução Planeada do problema	Pearson	,199	,310(**)	,209(*)	,427(**)	,386(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,052	,002	,038	,000	,000
	N	96	97	99	97	96
coping para Reavaliação Positiva	Pearson	,346(**)	,527(**)	,345(**)	,513(**)	,401(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,000
	N	95	96	98	96	95

		coping por Aceitar a Responsabi- lidade	coping por Fuga e Evitamento	coping para Resolução Planeada do problema	coping para Reavaliaç- ão Positiva
sobrecarga factor1	Pearson Correlation	,397(**)	,393(**)	,199	,346(**)
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,052	,001
	N	96	95	96	95
coping por confronto	Pearson Correlation	,590(**)	,462(**)	,310(**)	,527(**)
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,002	,000
	N	97	96	97	96
coping por distanciamento	Pearson Correlation	,466(**)	,304(**)	,209(*)	,345(**)
	Sig. (2- tailed)	,000	,002	,038	,000
	N	99	98	99	98
coping por autocontrolo	Pearson Correlation	,592(**)	,296(**)	,427(**)	,513(**)
	Sig. (2- tailed)	,000	,003	,000	,000
	N	97	96	97	96
coping por suportesocial	Pearson Correlation	,304(**)	,326(**)	,386(**)	,401(**)
	Sig. (2- tailed)	,003	,001	,000	,000
	N	96	95	96	95
coping por Aceitar a Responsabilidade	Pearson Correlation	1	,490(**)	,554(**)	,737(**)
	Sig. (2- tailed)		,000	,000	,000
	N	99	97	98	97
coping por Fuga e Evitamento	Pearson Correlation	,490(**)	1	,262(**)	,482(**)
	Sig. (2- tailed)	,000		,009	,000
	N	97	98	98	97
coping para Resolução Planeada do problema	Pearson Correlation	,554(**)	,262(**)	1	,578(**)
	Sig. (2- tailed)	,000	,009		,000
	N	98	98	99	97
coping para Reavaliação Positiva	Pearson Correlation	,737(**)	,482(**)	,578(**)	1
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	
	N	97	97	97	98

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo N

		Escala de Satisfação Suporte Social Amizade	Escala de Satisfação de Suporte social Intimidade	Escala de Satisfação de Suporte social Família	Escala de Satisfação de suporte social Actividades sociais
N	Valid	97	98	98	100
	Missing	3	2	2	0
Mean		3,3423	2,9872	3,6463	2,4367
Median		3,4000	3,0000	3,6667	2,1667
Mode		3,60	2,50	5,00	1,33
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00

Anexo O

		sobrecarga factor1	esssamig os	esssintimid ade	esssfam ilia	esssActivid adesSociai s
sobrecarga factor1	Pearson Correlation	1	-,287(**)	-,392(**)	-,154	-,354(**)
	Sig. (2- tailed)		,005	,000	,137	,000
	N	97	94	95	95	97
esssamigos	Pearson Correlation	-,287(**)	1	,675(**)	,695(**)	,359(**)
	Sig. (2- tailed)	,005		,000	,000	,000
	N	94	97	96	95	97
esssintimida de	Pearson Correlation	-,392(**)	,675(**)	1	,477(**)	,450(**)
	Sig. (2- tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	95	96	98	96	98
esssfamilia	Pearson Correlation	-,154	,695(**)	,477(**)	1	,241(*)
	Sig. (2- tailed)	,137	,000	,000		,017
	N	95	95	96	98	98
esssActivida des Sociais	Pearson Correlation	-,354(**)	,359(**)	,450(**)	,241(*)	1
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,017	
	N	97	97	98	98	100

Anexo P

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
sobrecarga factor1	,0713191	1,03409572	84
Estrategias de coping (total)	,0248767	1,03002553	84
Dias por Semana a Cuidar do Idoso	6,57	1,273	84
Horas por Dia a Cuidar do Idoso	13,98	9,808	84
Tempo de Residência com o Idoso	16,40	16,572	84

Model Summary(c)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,416(a)	,173	,163	,94609860
2	,532(b)	,283	,247	,89760096

a Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total)

b Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total), Tempo de Residência com o Idoso, Dias por Semana a Cuidar do Idoso, Horas por Dia a Cuidar do Idoso

ANOVA(c)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	15,358	1	15,358	17,158	,000(a)
	Residual	73,398	82	,895		
	Total	88,756	83			
2	Regression	25,107	4	6,277	7,791	,000(b)
	Residual	63,649	79	,806		
	Total	88,756	83			

a Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total)

b Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total), Tempo de Residência com o Idoso, Dias por Semana a Cuidar do Idoso, Horas por Dia a Cuidar do Idoso

c Dependent Variable: sobrecarga factor1

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	,061	,103		,590	,557
	Estrategias de coping (total)	,418	,101	,416	4,142	,000
2	(Constant)	-,739	,532		-1,389	,169
	Estrategias de coping (total)	,359	,098	,357	3,654	,000
	Tempo de Residência com o Idoso	,007	,007	,110	1,038	,302
	Dias por Semana a Cuidar do Idoso	,049	,084	,060	,585	,560
	Horas por Dia a Cuidar do Idoso	,026	,012	,250	2,214	,030

a Dependent Variable: sobrecarga factor1

Anexo Q

Model Summary(c)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					Sig. F Change	R Square Change	F Change	df1	df2
1	,345(a)	,119	,108	,97386539	,119	11,178	1	83	,001
2	,509(b)	,259	,222	,90975691	,140	5,037	3	80	,003

a Predictors: (Constant), Satisfacao Suporte Social (tot

b Predictors: (Constant), Satisfacao Suporte Social (total), Tempo de Residência com o Idoso, Dias por Semana a Cuidar do Idoso, Horas por Dia a Cuidar do Idoso

c Dependent Variable: sobrecarga factor1

ANOVA(c)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10,602	1	10,602	11,178	,001(a)
	Residual	78,718	83	,948		
	Total	89,320	84			
2	Regression	23,108	4	5,777	6,980	,000(b)
	Residual	66,213	80	,828		
	Total	89,320	84			

c Dependent Variable: sobrecarga factor1

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	(Constant)	,059	,106		,561	,576
	Satisfacao Suporte Social (total)	-,357	,107	-,345	-3,343	,001
2	(Constant)	-1,027	,475		-2,162	,034
	Satisfacao Suporte Social (total)	-,289	,101	-,279	-2,855	,005
	Tempo de Residência com o Idoso	,006	,006	,104	,977	,331
	Dias por Semana a Cuidar do Idoso	,090	,075	,122	1,196	,235
	Horas por Dia a Cuidar do Idoso	,028	,012	,267	2,398	,019

a. Dependent Variable: sobrecarga factor1

Anexo R

Model Summary(c)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,422(a)	,178	,168	,96069389
2	,516(b)	,266	,248	,91364505

a Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total)

b Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total), Satisfacao Suporte Social (total)

ANOVA(c)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,035	1	16,035	17,374	,000(a)
	Residual	73,835	80	,923		
	Total	89,869	81			
2	Regression	23,924	2	11,962	14,330	,000(b)
	Residual	65,945	79	,835		
	Total	89,869	81			

a Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total)

b Predictors: (Constant), Estrategias de coping (total), Satisfacao Suporte Social (total)

c Dependent Variable: sobrecarga factor1

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,035	,106		,330	,742
	Estrategias de coping (total)	,437	,105	,422	4,168	,000
2	(Constant)	,024	,101		,233	,817
	Estrategias de coping (total)	,393	,101	,379	3,893	,000
	Satisfacao Suporte Social (total)	-,324	,105	-,299	-3,074	,003

a Dependent Variable: sobrecarga factor1

Anexo S

Correlations

		Estrategias de coping (total)	Satisfacao Suporte Social (total)
Estrategias de coping (total)	Pearson Correlation	1	-,131
	Sig. (2-tailed)		,233
	N	91	85
Satisfacao Suporte Social (total)	Pearson Correlation	-,131	1
	Sig. (2-tailed)	,233	
	N	85	94